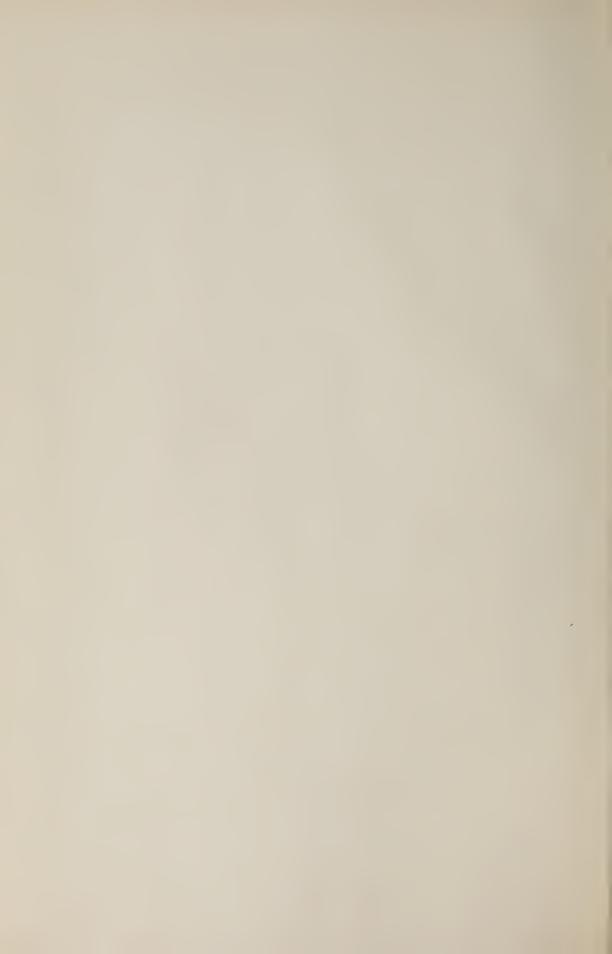




Digitized by the Internet Archive in 2017 with funding from
The National Endowment for the Humanities and the Arcadia Fund





BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Editor en Jefe:
Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador:
Dr. Ramon Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramon M. Suarez Dr. J. Rodriguez Pastor Dr. Juan A. Pons

VOL. XXVII

ENERO-DICIEMBRE, 1935.

SAN JUAN
CANTERO, FERNANDEZ & CO., INC.
1 9 3 5

HARVARD UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

Gift: Dr. W. G. Smillie

41

Lista de Colaboradores al Volumen XXVII del Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

L. A. BALASQUIDE, Ponce, P. R.

Jose S. Belaval, Santurce, P. R.

PABLO BONELLI, Guayama, P. R.

ARTURO L. CARRION, San Juan, P. R.

ANTONIO J. COLORADO, San Juan, P. R.

O. Costa Mandry, San Juan, P. R.

M. DIAZ GARCIA, Santurce, P. R.

Luis J. Fernandez, San Juan, P. R.

RICARDO F. FERNANDEZ, San Juan, P. R.

A. Fernos Isern, Santurce, P. R.

J. H. Font, San Juan, P. R.

KEITH KAHN, New York, N. Y.

RAMON LAVANDERO, San Juan, P. R.

R. LOPEZ NUSSA, Ponce, P. R.

P. Morales Otero, San Juan, P. R.

Alberto Rivero, San Juan, P. R.

RAMON M. SUAREZ, Santurce, P. R.

JORGE DEL TORO, Santurce, P. R.

ANTHONY M. TURANO, Reno. Nevada

Josefa Velazquez Maceo, Río Piedras, P. R.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico,

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

HARVARD UNIVERSITY HARVARD UNIVERSITY LIBRARY 5 MAK1938 Página

The Philosophy of Malignancy, R. López Nussa, M. D., Ponce, P. R	1
Breves consideraciones acerca del Problema del	
Cáncer en Puerto Rico, Jorge del Toro, M. D.,	
San Juan, P. R	3
Cáncer del Estómago, M. Díaz García, M. D.,	
San Juan, P. R	8
Cáncer en Ginecología, R. López Nussa, M. D.,	
Ponce, P. R	12
El Granuloma Inguinal en Puerto Rico-Informe	
Preliminar — Arturo L. Carrión, M. D., San	
Juan, P. R	14
EDITORIAL.	24

PLAZOS COMODISIMOS

\$30.00 de contado y 10 plazos mensuales de \$15.00 cada uno,

Pida folleto descriptivo, también sobre otros modelos.

P. O. Box 45



H. V. GROSCH

Comercio 21

Tel. 453

*

LATEST 1935 MODEL
Bausch & Lomb Special
Physicians Microscope
Type HA.

Large "Research"
Stand

Triple Nose Piece
Abbe Condenser
Objectives:
16 mm, 4 mm, and Oil
Immersion.

Eye pieces 5 and 10 x Mechanical Stage.

San Juan.

Fórmulas Pluriglandulares

Compuesto Endocrino de COLE No. 3.

(Compuesto Pituitario-Thymus)	
Lobo anterior de la pituitaria	
Substancia del thymus	
Substancia tiroidea	
Glicerofosfato de calcio	PT

Indicaciones:

Desarrollo defectuoso en niños, físico o mental, raquitismo, dermatosis de la adolescencia, condiciones reumáticas crónicas y epilepsia.

Dosis:

Una cápsula dos veces al día después de las comidas para niños menores de cinco años. En niños de más edad una cápsula tres o cuatro veces al día. Continúese el tratamiento por varios meses o hasta que el médico lo juzgue necesario.

Compuesto Endocrino de Cole No. 4.

(Compuesto	ovárico)		
Substancia	ovárica	3	grs.
Substancia 1	pituitaria	1/8	gr.
Substancia t	tiroidea	1	gr.
Compuesto 1	mineralizante de		
Cole No. 1	2	2	grs.

Indicaciones: Se usa en irregularidades en la pubertad y época de cambio de vida, deficiencia ovárica, trastornos menstruales, mala nutrición acompañada de desarrollo físico pobre en niñas jóvenes.

DOSIS: Una cápsula cuatro veces al día después de las comidas y a la hora de acostarse.

COLE CHEMICAL COMPANY

Productos farmacéuticos de calidad. ST. LOUIS, U. S. A.

Representante: Enrique Vélez Posada, Box 1018, San Juan, P. R.



Radiografía que muestra dilatación bronquial (bronquiectasia).

DISPONIENDO sólo de evidencia física, la bronquiectasia puede ser imposible de distinguir de un abceso pulmonar: los síntomas y el desarrollo clínico pueden ser idénticos. Ahora bien, las radiografías presentan medios positivos de diferenciación.

Tales casos deben consultarse con un radiólogo. Este, por medio del examen radiográfico usando un producto radioopaco, puede localizar exactamente la lesión y determinar el tamaño y contorno de los bronquios dilatados, caso de que los hubiera; datos éstos importantes para la desecación o la intervención quirúrgica.

Disponiendo de datos radiográficos positivos en casos de bronquiectasia, se puede aplicar el tratamiento adecuado. Además, se puede a la vez seguir cuidadosamente el curso de la enfermedad.

Radiografías=hechos para el diagnóstico

EASTMAN	KOD	AK C	ЮМР.	NY.
Rochester, N	V. Y.,	E. U.	Λ.	

Suvanse mandarme un ejemplar de su revista, en inglés, "Radiography and Clinical Photography."

Nombre	 	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		•••••
Dirección	 	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••	•••••••



EXTRACTO DE HIGADO CONCENTRADO INDOLORO

CAMPOLON

Reg. U. S. Pat. Off.

Preparado hepar-opoterápico muy activo para inyecciones intramusculares (intraglútea), según el Prof. Gaensslen.

CADA 2 cc EQUIVALEN EN SU ACCION A 500 GMOS, DE HIGADO FRESCO.

Indicaciones:—Para el tratamiento de la ANEMIA PERNICIOSA, AGRANULO-CITOSIS, DEGENERACION COMBINADA DE LOS CORDONES MEDULA-RES SPRUE y en la convalecencia de otras enfermedades.

Envases originales: - Cajas de 5 ampollas de 2 c. c.

MITIGAL

Marca Registrada

es considerado hoy por los más eminentes dermatólogos del mundo entero como el único remedio verdaderamente seguro e inofensivo para las afecciones de la piel, especialmente la sarna y las demás que, como ésta, son de origen parasitario.

Sus ventajas características son éstas:

- 1—Tiene el máximum de poder curativo y obra con más rapidez que ningún otro remedio conocido. Generalmente bastan tres fricciones (o sea el contenido de un frasco) para curar radicalmente un caso de sarna.
- 2—No causa irritación ni aún tratándose de las epidermis más delicadas. Por eso se puede aplicar también a los niños de tierna edad.
- 3-Es absolutamente inofensivo para los órganos internos.
- 4—No tiene olor, no tiñe la piel, NO MANCHA LA ROPA, es fácil de aplicar y no requiere que el enfermo interrumpa sus tareas habituales.

LAS PRINCIPALES INDICACIONES DEL MITIGAL SON:

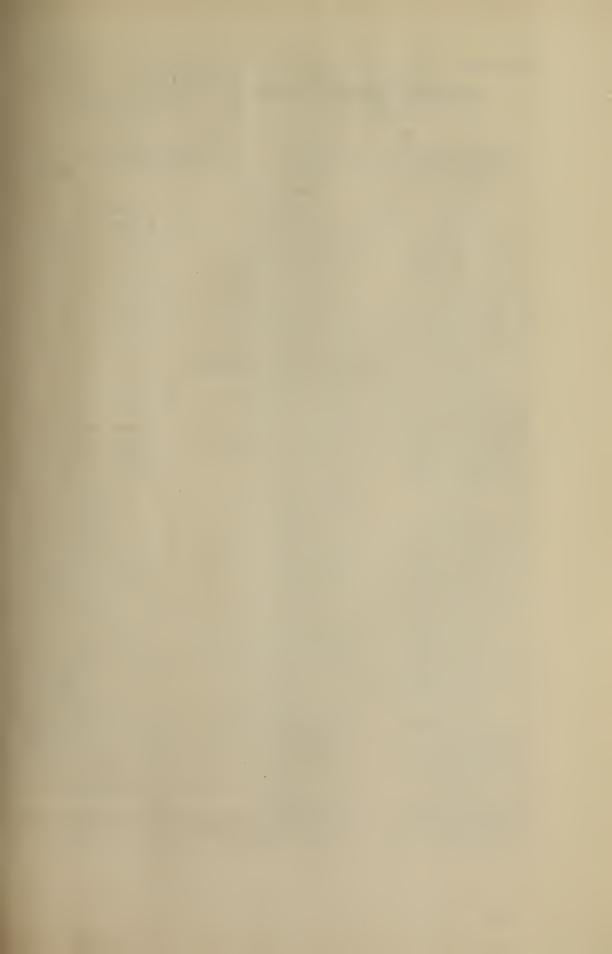
Sarna; Comezón: Salpullido: Prurito: Erupciones o Ronchas causadas por el calor; Eczema; Tiña favosa y Herpes.

OTRA INDICACION importantísima del MITIGAL, considerada desde el punto de vista de la higieno moderna, es la destrucción de los piojos. Este repugnante parásito es uno de los más activos transmisores del tifo y por tanto, en todo hogar cuidadoso, sobre todo si hay niños, debe perseguírsele sin tregua. Una o dos aplicaciones de MITIGAL, hechas de acuerdo con las instrucciones que acompañan a cada frasco, es todo cuanto se necesita.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC., New York, N. Y.

Agentes: PROPRIETARY AGENCIES, INC.

Apartado 402 Tetuán 1 San Juan, P. R.



Directiva, Consejo y Comités de la Asociación Médica de Puerto Rico para el Año 1935.

Directiva.

D-	E Carola	Cabrera	Presidente
Dr.	A. García	Soltero	Vice-Pres.
Dr.	Euripides	Silva,	Secretario
Dr.	A. Olivera	as Guerra	Tesorero

Consejo

Dr. Blas C. Herrero Dr. Rafael Bernabe Dr. P. Morales Otero

COMITES Finanzas.

Dr. V. Font Suárez

Dr. Osvaldo Govco Dr. A. Oliveras Guerra

Dr. Pedro Perea

Científico

Dr. Jenaro Suárez Dr. O. Costa Mandry (San Juan) Dr. Luis A. Passalacqua

(Ponce)

Dr. Manuel Astor (Arecibo)

Dr. Pablo M. Bonelli (Guayama)

Dr. Justo L. Muñoz (Humacao) Dr. F. J. Casalduc

(Mayagüez) Dr. P. J. Zamora (Aguadilla)

Dr. P. Morales Otero

Dr. Ramón Lavandero

(Co-Editor y Admor.) Dr. Ramón M. Suárez

Dr. J. Rodríguez Pastor Dr. Juan A. Pons

Dr. R. López Nussa

Dr. Jorge del Toro

Dr. M. Díaz García

Dr. Guillermo Barbosa

Dr. P. Perea Fajardo Dr. Alberto Rivero

Dr. W. R. Galbreath Dr. M. Roses Artau

Dr. A. L. Carrión

Cáncer_

(Editor)

Junta Editora del Boletín

Anuncios y Reclamos

Dra. D. Pérez Marchand

Dr. N. Quiñones Jiménez Dr. Ramón M. Suárez Dr. J. H. Font Dr. R. Rodríguez Molina Dr. J. Noya Benítez

Medicina y Cirugía Industrial

Dr. M. Díaz García Dr. Luis J. Fernández Dr. Manuel G. Carrera Dr. Luis Passalacqua Dr. Luis C. Boneta

Mortalidad Infantil

Dr. R. López Sicardó Dr. J. S. Belaval Dr. C. Muñoz Mc Cormick Dr. A, Fernós Isern Dr. Julio Colón

Nutrición

Dr. M. de la Pila Iglesias Dr. Antonio R. Reyes Dr. L. L. Biamón Dr. J. Landrón Dr. C. M. Muñoz Mc Cormick

Hospitales

Dr. Jorge del Toro Dr. R. López Nussa Dr. Juan A. Pons Dr. Julio R. Rolenson Dr. Francisco M. Susoni

Propaganda

Dr. O. Costa Mandry Dr. J. M. Armaiz Dr. Pedro J. Zamora Dr. Pablo Bonelli Dr. Osvaldo Goyco

Seguro Médico

15

Dr. J. M. Santiago Dr. Juan Veve Dr. Agustín Mújica Dr. Rafael Vázquez Dr. Carlos Timothée

Tuberculosis

Dr. J. Rodríguez Pastor Dr. P. Gutiérrez Igaravídez Dr. E. Fernández García Dr. L. García de Ouevedo Dr. L. Gaetán Roberts

Pro-Historia de la Medicina

Dr. M. Quevedo Báez Dr. O. Costa Mandry Dr. Rafael Bernabe

Dr. Francisco Sein Dr. R. Berríos Berdecía

Malaria.

Dr. A. Navas Torres Dr. Américo Serra Dr. Walter C. Earle Dr. Elí S. Rojas Dr. S. Peña

Salud Pública

Dr. E. Garrido Morales Dr. Ramón J. Sifre Dr. George C. Payne Dr. A. Martínez Alvarez Dr. Miguel A. Mariani

Biblioteca

Dr. I. González Martínez Dr. O. Costa Mandry Dra. Dolores Piñero Dra. Palmira Gatell Dr. César Domínguez

Legislación y Política Dr. M. Pavía Fernández

Dra. M. Robert Dr. J. R. Villamil Dr. L. Pereira Leal Dr. F. M. Susoni

Reglamento

Dr. José S. Belaval Dr. Jorge del Toro Dr. Walter C' Glines Dr. M. Pavía Fernández Dr. E. Martínez Rivera

Uncinariasis

Dr. Ramón M. Suárez Dr. George C. Payne Dra. Florence K. Payne Dr. R. Rodríguez Molina Dr. Norberto Quiñones

Rehabilitación

Dr. P. Morales Otero Dr. J. S. Belaval Dr. Eurípides Silva Dr. L. B. de la Vega Dr. J. Serra Chavarry

Medicina Forense

Dr. Luis M. Morales Dr. M. Quevedo Báez Dr. A. Ortíz Romeu Dr. Guillermo Barbosa

Dr. L. R. Gaetán Roberts

Beneficencia

Dr. José Alúm Pérez Dr. José C. Ferrer Dr. A. Fernós Isern Dr. J. Rodriguez Pastor Dr. Antonio Muñiz

Suplentes

Dr. J. M. Armaiz Dr. Edgardo Quiñones Dr. F. Alfaro Díaz Dr. M. García de Quevedo Dr. Hilario Caso

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

ENERO, 1935

Núm. 1

THE PHILOSOPHY OF MALIGNANCY*

R. LOPEZ NUSSA, M. D. Ponce, P. R.

Cancer is a problem which concerns us all in the profession, specially, and for obvious reasons, those of us who have reached or passed middle age. We, therefore, feel inclined, now and then, to speculate on the cause and treatment of this dreadful affliction. While it is true that we sometimes feel quite optimistic about its treatment, specially in cancer of the skin and cervix; at other times we feel rather disconraged and agree with Sir Fowler, when he stated that we would only understand the problem of malig. nancy, when we would be in a condition to master the mystery of life itself. Cancer is the attempt of a group of cells to perpetuate their life. In the light of recent experiments carried out by Alexis Carrel, life seems to be prolonged in "vitro" to a limit incommensurable with the normal span of life of those cells in the living body.

Making due allowances of the necessary correlation in function, in order to sustain life, between the different tissues of the living unit. These cells which are kept alive in "vitro" are nourished according to accepted nutritional norms. It

would not be illogical then to presume. that what we consider normal nutritional rules, would be influencial after a certain age, in stimulating proliferation in a group of cells potentially endowed with the capacity for over reproduction. A capacity which may need for its development, besides external irritation, a suit. able metabolic medium. The nutritional theory will have to be seriously considered if we think of the process of cancer as incumbent to the cell itself. This cytological process has been lately es timated as chemical in nature by Dr. Carl Voeghtlin. And consequently a "chemical attack on cancer" has been conceived. That nutrition affects cell activity in its secretory or reproductive capacity is a well known fact. Also internal secretion will affect cell reproduction, it will cause hyperplasia. The various types of supposed cancerogenic organisms, bacterial or protozoic, that have been described have failed to comply with the accepted bacteriological requirements. Many agencies have been mentioned as probable factors in the causation of cancer: chemical, mechanical and physical, the well known theory of stimulation. Even the Cosmic rays have been held responsible for the increase of cancer. And

^{*} Read before the P. R. Medical Association, at its Annual Meeting, held during December 14, 15 and 16, 1934.

lately, the "heavy water" discovered by Clayton Urey is being investigated with the same purpose.

We are able to treat cancer with a reasonable degree of success, when we discover the disease in time. But we very seldom discover internal cancer in time for treatment to be of any avail. We have for some years, however, cherished the hope, that sooner or later, a substance, a chemical agent, will be discovered, that when injected into the circulation would be taken up selectively, as a stain, by cancer tissues and thereby east a shadow on the screen that would not only disclose the character of the lesion, but its extension as well, enabling the surgeon to attack the disease

in a more radical and exhaustive manner.

Let us feel optimistic, however, about the problem of caucer. Otherwise, we would have to come to the conclusion that man is self-liquidating, that is, that we supply the means for our destruction, when that is not carried out by accident (which includes infection). And in the case of malignancy we supply dividends in the shape of cells, so abundantly, that we ultimately liquidate our debt with nature.

I said in the beginning that these were philosophic speculations, which seem to be, as yet, the only way to approach this vital medical problem. Today, with Santayana, as in the past with Aristotle.

BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DEL PROBLEMA DEL CANCER EN PUERTO RICO *

JORGE DEL TORO, M. D. San Juan, P. R.

El hecho de corresponderme el primer término en un programa tan interesante como el de esta noche, ha sido un acto de benevolencia que debo a nuestro Comité Científico. Creo interpretar los deseos del Comité tratando el problema de una manera general según nos afecta en Puerto Rico, sin entrar en detalles ni estadísticas que corresponden a los demás trabajos de la noche.

Nuestro problemà local es el mismo que existe en todo el mundo civilizado. Se trata de un mal cuyas consecuencias son fatales, de origen desconocido, que carece de tratamiento específico y medios profilácticos, y que a lo más que podemos llegar es a evitar su desarrollo si se le ataca a tiempo.

Tal vez la fase más alarmante del problema es la creencia reinante de que el cáncer va en aumento.

Llegar a una conclusión cierta en este punto se hace difícil. Por lo que leemos del extranjero, hay una escuela de estadísticas que declara que el cáncer aumenta de una manera alarmante, mientras que otra declara, que el aumento no es real, sino aparente, indudablemente debido a mejores diagnósticos. Como corroboración a esta segunda escuela, podemos

citar un trabajo del que os dirige la palabra, (véase Boletín No. 118 de la Asociación Médica de Puerto Rico de marzo de 1918) que comentado por el "Medical Record" de 18 de mayo de 1918, decía, no sin cierto grado de ironía, que "según las estadísticas del Dr. del Toro, los órganos digestivos, exceptuando el hígado, demuestran una inmunidad relativa, v no hav un solo caso en el colon".... "mien tras que el número de casos en los órganos sexuales es tan alto que podría creerse al cancer una afección de éstos órganos." Indudablemente que en estos años deben de haber habido casos de muerte por eáncer del colon y recto que no se diagnosticaron, como también existe la posibilidad de que algunos de los casos de los órganos genitales fueron otras lesiones y no cánceres. Hoy día tal vez el error sea divergente; la firma de una defunción por cáncer siendo otra la causa de muerte.

^{*} Leído ante la Asociación Médica de P. R. en su asamblea anual celebrada durante los días 14, 15 y 16 de diciembre de 1934.

Nota:—Revisado el trabajo en cuestión, encontramos que el "Medical Record" no estuvo del todo en lo cierto. Las estadísticas citadas correspondían a toda la Isla por los años de 1912 al 1917, y a la ciudad de San Juan por el mismo período de tiempo, y no estaban clasificadas según el asiento del cáncer. La situación del cáncer, según los órganos afectados, se presentó en una estadística de 141 casos del Hospital Municipal y ocho casos del Puerto Rico Sanatorium, y aunque, si bien es verdad que la localización en los órganos genitales aparece alta, hay entre el Hospital y el Sanatorio 8 casos en el hígado, 7 del estómago, 1 del pancreas, 1 de la vesícula biliar, 1 del intestino y 1 del recto.

De todos modos: aumente o no el mal. éste signe siendo un problema serio para el afectado, para sus familiares y para el médico, y mientras alguien no encuentre un metal o un suero específico, no hay otro remedio que seguir machacando sobre el mismo hierro frío de la oportunidad del tratamiento. Todavía el hierro no se ha podido romper por completo apesar de que el machaqueo es bien antiguo. A modo de entretenimiento, permitaseme citar lo que al efecto decía M. Ledran, en su "Tratado de Operaciones de Cirugía", cuya traducción del francés fué publicada en España en el año 1784. Tratando del cancro, dice, entre otras cosas interesantísimas: "estas enfermedades podrán curarse por la extirpación si se puede quitar todo lo que está viciado. Pero se mirarán como incurables por el arte todos agnellos que se hallan en donde no puede usarse el instrumento cortante".

"Tales son los tumores en los pechos, si las glándulas de la axila están infartadas o si el tumor está muy adherido al músculo pectoral".... "se pueden mirar como incurables los cancros que están muy doloridos, los que crecen en poco tiempo y los que han Hegado a ulcerarse".... "solo en su primer estado puede ser curable".... "No falta quien proponga la extirpación, cuando el scirro ha Hegado a degenerar un cancro contirmado, muy dolorido y aún abierto. Pero confieso sinceramente que, en semejantes casos, casi nunca se puede esperar un buen éxito de la operación"... Y hablando de

estos casos operados tardíamente dice M. Ledran, ".... es necesario hacer un prog nóstico que ponga a cubierto el honor de la cirugía y del cirujano en caso que la enfermedad vuelva a comenzar algún tiempo después de la operación". Todo lo que antecede está todavía al día después de ciento cincuenta años cabales.

Tanto se ha escrito acerca del problema del cáncer, son tantos los planes y proposiciones establecidas por las sociedades encaminadas a controlarlo, que no encuentra uno qué decir que no sea una repetición. Aunque el asunto esté agotado, hay que encontrar algo nuevo, pero deberíamos encontrar algo práctico; algún plan que no adolezca del romanticismo reinante, en que se tratan de resolver los problemas con ideales preciosos, pero en su mayoría irrealizables y contraproducentes.

Es indiscutible que el cáncer es un problema social serio. Y si ésto es así, ¿recibe este problema la atención que se merece? Todos sabemos que no la recibe. ¿Por qué?

Generalmente el cáncer es considerado como una enfermedad incurable. Tai creencia trae como consecuencia un estado mental de impotencia, que se expresa así: "si con ésto yo no puedo, yo lo aban dono". Es decir: el complejo de inferioridad. ¿Qué hay que hacer para destruir este complejo de inferioridad? Ilustrar; revelar la verdad de que si fuera posible eliminar el cáncer en su principio, el paciente quedaría curado. Este es el grito

de combate de todas las campañas en contra del cáncer.

Sin embargo, hay que admitir que existen cánceres del tipo más maligno en los cuales, ni la oportunidad del tiempo. ni la mayor astucia y pericia del médico, ni la mejor cooperación del paciente, valen para efectuar una curación. Por suerte estos casos son los menos, y, por el contrario, hay una gran cantidad de casos de cáncer, especialmente entre los de tipo de menor malignidad, en los que los factores oportunidad, médico y paciente, si funcionan acordes, permiten la curación.

Los métodos establecidos tendientes a la aminoración de la mortandad por cáncer son bien conocidos. Primero: la divulgación de aquellos conocimientos necesarios acerca de los primeros síntomas o signos del cáncer, y segundo: el establecimiento de sitios adecuados para diagnóstico y tratamiento.

El primero consiste en las llamadas "campañas contra el cáncer" y se lleva a cabo, como es sabido, por medio de escritos en la prensa, por conferencias de salón y por la radio. Hay quienes protestan de que estas campañas producen estados de alarma y de fobias que pueden traer malas consecuencias. Indudablemente están en lo cierto; pero estos casos son tan limitados que no deben de ser tomados en consideración cuando sabemos los beneficios que se obtienen.

Este procedimiento, aunque muy limitadamente usado en Puerto Rico, no ha dejado de producir sus buenos resulta dos. Es justo hacer constar, que debe-

mos, en gran parte al Dr. I. González Martínez, lo que hasta ahora se ha hecho en este sentido. Los que ya llevamos al gunos años en la profesión, vemos con satisfacción, que nn mayor número de personas, especialmente entre las de mejor instrucción, concurre hoy donde el ciru jano en busca de diagnóstico oportuno.

Además de la campaña entre los legos. precisa hacer cambaña también entre los de la profesión. En el combate contra el cáncer el médico puede fallar de tres modos: por complacencia, por ignorancia y por falta de medios de diagnóstico y tratamiento. La complacencia es una manera fácil de esquivar responsabilidades. Dado un paciente ignorante y miedoso que rehusa un tratamiento radical, el médico le complace con unas papeletas o un ungüento, perdiéndose así momentos preciosos imposibles de recuperar. Tal hecho parece imposible que se realice, más por desgracia es una realidad repetida demasiado amenudo. Un paciente con lesiones francas o dudosas de cáncer incipiente, no debe de recibir complacencia engañosa de ningún médico.

El ignorar no es vejaminoso. La ciencia médica es tan compleja que se hace humanamente imposible exigirle a cada uno de sus representantes la posesión de los conocimientos necesarios para hacer el diagnóstico clínico diferencial de tumores y lesiones benignas y malignas, cuando aún los más expertos en la materia sufren frecuentes dudas. Más, lo que sí es pecado es el no saberse dar cuenta de la propia ignorancia, o por falsa dignidad no admitirla. Si admitimos que la ignorancia no es vejaminosa, entonces, el médico que

no sepa lo que está tratando por no ser el caso de su especialidad, no debe de tener a menos el consultar a otro que se dedique al asunto. Sin embargo; nos encontramos con los casos de las poblaciones en donde no hay más que un médico y en los de pacientes pobres o escasos de recursos a los que no les es fácil ir donde el profesional especializado, en cuyos casos mientras se buscan los medios, o se averigua donde quién ir, porque al fin siempre hay quien esté dispuesto a dar sus servicios gratuitamente en casos de necesidad, se pierde un tiempo irreparable.

Falta de medios de diagnóstico. No todos los cánceres ocurren en sitios visibles para que llamen prontamente la atención del paciente y del médico. Hay muchos cánceres de asiento en órganos internos que necesitan de exámenes especiales y de la ayuda de los rayos X, y como hemos dicho antes, es imposible exigirle a un médico, a un titular, por ejemplo, que esté provisto del instrumental necesario, cuando sabemos que para un titular un simple examen ginecológico es un problema. Hasta hace pocos años el escollo más grande en el diagnóstico del cáncer era la práctica de la biopsia y el examen patológico. Por suerte ya este escollo no existe. Y aquí debemos hacer un paréntesis para dar el debido reconocimiento de gratitud a la Escuela de Medicina Tropical por su servicio eficiente y gratuito para el público. El doctor Lambert, con su exquisita perspicacia, no bien empezó su labor en Puerto Rico se dió cuenta de esta necesidad que sufríamos, y resolvió el problema dando a la clase médica de Puerto Rico todas las facilidades de un departamento de patología, desde la práctica de una biopsia hasta una autopsia completa, sin distinción de clases y libre de costo. Nuestro pueblo está en el deber de reconocer y dar crédito a los que le sirven sin alboroto ni publicidad.

Quedamos en que lo primero que hay que hacer para disminuir la mortalidad por cáncer, es divulgar aquellos conocimientos rudimentarios que son necesarios para estar advertido del ataque del cáncer, ya sea de su existencia o de la posibilidad de su existencia. Estos conocimientos corresponden al público y tienen que ser difundidos por la clase médica, y para lograrlo no basta solamente con buenos descos y buena voluntad; se necesita de una organización bien construída, y un poco de dinero. Esta organización debe de ser de carácter permanente y no de semana de paro de automóviles para pegarle un papelón en el parabrisa para recoger centavos al aire y armar sociedades que luego uno no sabe a quién es y a quién hay que enviarle la cuota de socio.

La otra fase del problema, o sea, el tratamiento de los casos curables y la paliación de los casos incurables es cuestión también de buena organización, pero cuyo factor principal es el dinero. Y aquí oiremos la frase legendaria: "no hay fondos", la que siempre ha dado al traste con todas las obras que no hayan estado bien apadrinadas. Para lo que necesita Puerto Rico, debe haber fondos. La falta de dinero no estriba solamente en la cantidad, sino también en su

distribución, o sea la verdadera economáa política. Como un ejemplo de lo que es la administración de los bienes públicos, y de lo que por costumbre aceptamos sin darnos cuenta se me ocurre el siguiente: un ciudadano indeseable, de las peores ejecutorias, se embriaga, hiere, roba, mata o arma un escándalo.... Bajo el palio idealista de la justicia ese individuo es un ciudadano, y como tal no se le puede castigar siu ser oído y debidamente juzgado, y tiene derecho a uu juicio por jurado que le cuesta cientos de dollars al contribuyente. Ahora bien: zno es también un cindadano el que padece de un câncer? ¿Por qué ha de costarle un indeseable mucho más caro al contribuyente? Esta v otras meditaciones más nos llevan a la conclusión de que en los hábitos de los políticos gobernantes hay que crear el de la construcción de hospitales: además, que para que Puerto Rico pueda mantener en alto el estandarte de la civilización, debe de contar con un centro para el diagnóstico, tratamiento y paliación de los ciudadanos afectos de cáncer. Y para la realización de esta obra hay que mirar el objetivo sin lentes de aumento: quiero decir que para lo pequeño y pobre que es Puerto Rico, nos basta con una ins titución sencilla, sin Injos, y con un equipo adecuado a nuestra situación.

CANCER DEL ESTOMAGO *

M. DIAZ GARCIA, M. D.

San Juan, P. R.

Hace algunos años hicimos un estudio sobre la frecuencia del cáncer en Puerto Rico y decíamos entonces que el cáncer del estómago, que ocurre en ambos sexos, resultaba ser tau frecuente como el del cuello de la matriz.

De la causa del cáncer gástrico no se sabe más que del cáncer en general; pero se tienen pruebas concluyentes de que el estómago es susceptible de padecer todos los tipos de cáncer, no habiendo una sola forma de este tumor maligno que no se haya encontrado en el estómago del hombre. Desde luego, el cáncer gástrico tiene predilección por el segmento de este órgano vecino al píloro, siendo los más frecuentes los del tipo ulcerado y los del proliferativo.

Algunos patólogos han hablado de la transformación cancerosa de las úlceras crónicas del estómago, pero indiscutiblemente esto no ocurre en más del 10% de los casos. Es de suponer que, según lo vemos en la piel y en las mucosas, también en el estómago se desarrolla la transformación maligna de las úlceras crónicas, ¿Quién niega que un dispéptico crónico, casi siempre un ulceroso, pueda ser víctima inesperada de una neoplasia cancerosa rápidamente desarrollada sobre su lesión gástrica?

Es verdad que la mayor parte de los casos de cáncer ocurren después de los 50 años, pero un gran por ciento de ellos suele aparecer entre los 40 y 50, no siendo raros tampoco antes de los 40; cir-

cunstancia que médicos y cirujanos deben tener unty presente. Interesa, asimismo, consignar su hallazgo en personas menores de 20 años.

En cuanto al sexo, el masculino, es afectado en la proporción de 80%. Por otra parte, este cáncer ataca al género humano sin distinción de clases sociales.

La dificultad del reconocimiento del cáncer del estómago consiste en que es un tumor interno, esto es, que se desarrolla en un sitio oculto, donde sólo puede descubrirse indirectamente investigando los llamados síntomas característicos. Pero es el caso que hay cánceres del estómago ignorades por el clínico porque no dan síntomas, mientras que en otros gran parte de su sintomatología depende de la región afectada, del tipo de tumor, de su extensión y de sus condiciones intrínsecas, esto es, de la morfología del neoplasma.

No deseábamos entrar en el análisis de la sintomatología del cáncer del estómago, tal como se la describe en libros de texto y, aún a veces, en artículos de revistas médicas; porque, desgraciadamente, tales descripciones, si no estamos advertidos, pueden inducirnos a formar concepto erróneo del caso, puesto que únicamente se ocupan en exponer los síntomas del período avanzado de la enfermedad, cuando el cirniano nada puede hacer en su beneficio, ya que, a todas luces, son inoperables y han salido fuera de su radio de acción, para transformarse en magníficos especímenes de autopsia muy interesantes para el patólogo.

^{*} Leído ante la Asociación Médica de P. R., en su asamblea anual, celebrada durante los días 14, 15 y 16 de diciembre de 1934.

Habría sido más provechoso metodizar la descripción clínica del cáncer gástrico en forma tal que médicos y cirujanos no creyeran necesario basar el diagnóstico en la concurrencia de un grupo defi nido de síntomas, que aunque patogno mónicos, por desgracia sólo se encuen tran en los últimos períodos de la en fermedad, cuando ya no hay remedio. El enadro clínico clásico aislado del cáncer del estómago se da completo, por lo común, en la antecámara de la muerte: v entonces va no debe interesar más que Como divía el gran John al patólogo. B. Deaver, ni signiera es una descripción de la verdadera patología viviente (living pathology).

El trabajo más interesante que sobre el cáncer gástrico se ha descrito en los últimos cinco años es un estudio hecho por Walter Alvarez, de la Clínica Mayo. sobre 40 casos de câncer del estómago ocurridos en médicos, algunos de ellos especialistas gastro-enterólogos, cirujanos, médicos generales y hasta radiólo-Dice Alvarez que el 50% de estos médicos ignoraban por completo, cuando solicitaron tratamiento para sus males gástricos, la importancia de su eufermedad v no tenían la más leve sospecha de que eran ya víctimas del cáncer. En el 20% de esta serie la extensión de las lesiones era tal que resultaron inoperables o, lo que es lo mismo, condenados irremisiblemente a la muerte, ya que nada podía hacer la cirugía en su beneficio.

Es más bien una nota casi desconsoladora saber que el gran Carmau, descubridor de varios signos radiológicos importantes para el diagnóstico precoz del cáncer del estómago, se hizo practicar el examen de su propio estómago para demostrar a sus ayudantes los signos roent-

genológicos que anunciaban la inoperabilidad del cáncer que debía de matarlo,

Alvarez, quien ha hecho grandes estudios roentgenológicos del canal gastroin testinal, ha llegado al extremo de acon sejar que al menor aviso de perturbaciones gástricas debe de hacerse un estudio completo del estómago con los rayos X. para excluir la posibilidad de un cáncer.

El diagnóstico del cáncer del estómago es a veces muy difícil. Cierto malestar gástrico que venga a empeorar una dispepsia vieja o a complicar trastornos di gestivos de aparición intermitente debe de investigarse con cuidado.

Si es costumbre casi generalizada que cuando al médico acude por primera vez un sujeto joven ofreciendo síntomas vagos y signos de desnutrición ponerle el termómetro y examinar cuidadosamente el pecho en busca de posibles lesiones tuberculosas ocultas, ¿por qué de igual manera, no ha de pensarse en la probabilidad de un cáncer gástrico ignorado, cuando otra persona de más edad nos consulta por trastornos ¡digestivos indefinidos o de larga duración y rebeldes a los tratamientos habituales?

El examen roentgenológico bien practicado descubre las lesiones típicas o sospechosas del cáncer del estómago en más del 90% de los casos. Carman, Alvarez y otros, aseguran que es posible, por este método, obtener el 95% de diagnósticos (ciertos; y aún radiólogos de limitada experiencia pueden hacer un diagnóstico temprano.

Los exámenes de laboratorio suelen aportar dates importantes que nos ponen en guardia y, a veces, nos inclinan a presumir un cáncer del estómago; pero tomados en general no tienen la importancia que se les concedió en épocas pasadas, y que aún pretenden concederle hoy

día algunos autores, en relación con el diagnóstico de estas neoplasias.

Por lo que se refiere al porvenir del enfermo y al éxito de la terapéutica qui rúrgica, tiene suma importancia el diagnóstico precoz. Mas, por desgracia, la mayor parte de los casos llegan a nosotros, no ya pasado apenas el período en que una intervención paliativa discreta y metódicamente practicada lubiera podido salvarles de momento la vida y restablecer temporal o definitivamente sus carnes y sus energías perdidas, sino que se encuentran en condiciones de tal deterioro que nada, absolutamete nada, podemos hacer para demorar el término fatal.

De ahí la necesidad de proclamar a todos los vientos que el éxito de la terapéntica, que no puede ser otra más que la quirúrgica, depende de la precocidad con que se establezca el diagnóstico.

Desde el punto de vista práctico, ¿qué importan al cirnjano y a la humanidad las antopsias que se practiquen para comprobar las definiciones por esta cansa? Lo que nos interesa es averiguar cuando empieza el cáncer, porque es entonces que la víctima tiene las mayores probabilidades de una curación definitiva.

¿Cuándo podremos experimentar igual satisfacción que McCarthy estudiando al microscopio cánceres gástricos cuyas dimensiones no excedían las de una moneda de diez centavos? Y sin embargo, algunos de esos casos fueron diagnosticados con precisión en vida, merced a los métodos radiológicos: y pudieron, por esta circunstancia, disfrutar el beneticio de una intervención que, no sólo le salvó la vida, sino que se la prolongó más allá del límite generalmente aceptado para la curación de los cánceres viscerales.

Los cánceres del estómogo que se caracterizan por su desarrollo lento y por su tendencia a invadir gran parte del órgano, son los de menor malignidad; porque, generalmente, quedan limitados mucho tiempo al estómago y a los linfáticos vecinos. Tienen, por lo tanto, un pronóstico más favorable que otras variedades.

El estudio roentgenológico del estómago en casos de cáncer de dicho órgano es importante, no sólo por su gran valor como procedimiento de diagnóstico, sino también porque suministra al cirujano información más o menos precisa sobre la extensión del mal, sobre su pronóstico y sobre la operabilidad.

Anuque raras veces podemos lograr el diagnóstico precoz del cáncer, no sólo por las dificultades clínicas, sino porque, además, el paciente no consulta oportunamente, hay que declarar sin embargo que el único tratamiento lógico indicado es la intervención quirúrgica; y que, por consigniente, una vez reconocido el mal, cae de lleno dentro de los problemas quirúrgicos.

El tratamiento clásico de la úlcera péptica, establecido en casos donde no se tuvo el cuidado de hacer un diagnóstico diferencial exacto con otras enfermedades del estómago, o con otros males extragástricos, llevó a la tumba a muchos enfermos que pudieron curarse, si con más acierto se les hubiese atendido, cuando llamaron a las puertas del médico en solicitud de alivio.

Después de todo, ¿qué es del tratamiento médico de las úlceras gástricas crónicas, de la colecistitis crónica o del cáncer del estómago? Lahey estudia sus enfermos y exige que se le demuestre con exámenes radiológicos la mejoría al cabo de dos semanas de empezado el trata-

miento. Me parece haber establecido con claridad que este examen no puede limitarse a tomar unas cuantas placas, sino que necesita un estudio completo, morfológico y fisiológico, por medio de la finoroscopia y de la radiografía en posiciones y momentos diversos, a fin de llegar a un diagnóstico de precisión; porque no dehe olvidarse que, aún siendo precoz, el diagnóstico de cáncer apareja un pronós tico muy severo.

Hemos dicho que la cirugía es la única solución terapéutica posible. Pero no quiero entretenerme en discutir procedi mientos operatorios, porque, como dijo Horsley, todos los cánceres de estómago, anuque haya que preparar el enfermo, son operables o, cuando menos explorables, a no ser que se compliquen de hidropesía, masas cancerosas pélvicas palpables por el recto o glándulas extra abdominales. Y tanto es así, que hasta en casos de aspecto radiográfico inoperable y aún en otros en que todayía después de abierto

el vientre se creyó, a primera vista, impracticable la resección, pudo averignarse que, al intentarla, fué posible, porque la invasión neoplásica estaba confinada al estómago y linfáticos adyacentes. Procediendo así, con decisión, pero bien informados de la técnica y de la labor a realizar, pudo brindarse al enfermo la oportunidad de vivir algunos y, a veces, hasta muchos años más.

La resección del estómago es la única operación que debemos considerar formalmente. Las otras intervenciones llamadas paliativas, como la gastroenterostomía, apenas si corrijen la obstrucción; mientras que, por otro lado, como el crecimiento y propagación del tumor progresan, los demás síntomas, menos los de obstrucción, continúan iguales o peores.

En otras palabras, cualquier otro recurso operatorio que no sea la resección, dista mucho de producir una mejoría real. Por el contrario, al prolongar la vida, alarga los sufrimientos.

CANCER EN GINECOLOGIA *

R. LOPEZ NUSSA, M. D.

Ponce, P. R.

La presencia de cáncer en el útero, como en chalquier otro órgano o región dei enerpo, podrá verificarse de una manera definitiva, solamente por medio del examen histológico, o sea, por medio de la biopsia. A este medio de investigación diagnóstica debemos recurrir en unestra práctica ginecológica, cada vez que se presenta el clásico y alarmante síntoma de metrorragia en toda mujer que haya pasado de la edad crítica. Sobre todo, si la maternidad ha producido tranmatis: mos que no hayan sido corregidos a tiempo. En todos los casos de endocervicitis, erosiones y endurecimientos del cuello. deberá practicarse la biopsia. Cuando no hava lesión aparente en el cuello y persisten los síntomas de metrorragia, uo justificada por la presencia de un fibroma, deberá practicarse un curetaje con la idea de hacer la investigación histológica. El cancer del cuello uterino está considerado como el más frecuente en la mujer, y, desgraciadamente, en algunos casos aparece el síntoma alarmante (o sea, metrorragia) cuando el neoplasma se ha extendido por la pelvis. No es preciso la existencia de una franca metrorragia para hacer mnestra investigación histológica. La presencia de secreción vaginal, algunas veces de carácter sauguinolento. debe despertar la sospecha de una neoplasia precoz y oculta, la cual respondería satisfactoriamente a cualquier trata-

su Asamblea Anual, celebrada durante los días

14, 15 y 16 de diciembre de 1934.

Como elemento corroborativo de diagnóstico hemos podido comprobar la eficacia de la prueba de Schiller, que, como es sabido, consiste en la reacción especifica que dá lugar el glicógeno del tejido epitelial cervical al ser tratado con la solución de Lugol.

Dos palabras sobre el tratamiento del cáncer uterino. En el cáncer del fondo nterino, cuando no se ha extendido al parametrio, la indicación es quirúrgica. En el cáncer del cuello, sin embargo, el eriterio respecto de su tratamiento se ha dividido. Muchos sostienen aún que todo cáncer del cuello, cuando está limitado. debe tratarse quirárgicamente. Predomina, sin embargo, la tendencia de tratar todos los cánceres, incluyendo los que están limitados, es decir los que antes se consideraban exclusivamente animírgicos. por medio del radium y Rayos X. Puedo asegurar, basándome en estadísticas y conunicaciones personales, que la mayoría de los ginecólogos americanos se inclinan a tratar todos los casos de cáncer cervical, incluyendo los incipientes, por medio del radium y de la terapia profunda.

Voy a exponer sucintamente la técnica que seguimos en el tratamiento del cáncer uterino por medio del radium. Usamos dos tubos de radium en el canal cervical y varias agujas incrustadas en el tejido del cuello. El tratamiento requiere varios días, según el caso, y, desde luego, la dosis corresponde también a las exigencias del caso. Usamos algunas veces la electrocoagulación, antes de la curieterapia. Es preciso también, en oca

miento, ya sea quirúrgico o radiológico.

* Leído ante la Asociación Médica de P. R., en

siones, liberar quirúrgicamente la vejiga del cuello para obtener mayor separación. El Dr. Curtis, de Chicago, recomienda la separación completa del cuello, con el objeto de practicar las incrustaciones de semillas de Radon, cuyo método no nos acaba de convencer, y que aún requiere más comprobación para ser aceptado de manera definitiva. Algunos radiólogos someten la glándula pitnitaria a la acción de los Rayos X, basándose en la teoría de secreción interna, que mencionáramos en la introducción de este trabajo. Con el objeto de aliviar el dolor pélvico, el Dr. Cotte, de la Clínica Lerich, en Estrasburgo, recomienda la extirpación del plexus presacral y la simpatectomía periarterial de las ilíacas internas. Hemos usado este método en varios casos, pero como además existían otras lesiones, tales como pio-salpynx, adherencias y apendicitis subaguda, no podemos atribuir el alivio inmediato y completo experimentado por nuestras enfermas, a la extirpación de estos nervios del simpático. Nos han señalado, sin embargo, en estas intervenciones la necesidad que hay en algunos casos tratados ya, de explorar el abdomen, con el objeto de descubrir lesiones inflamatorias que puedan causar o contribnir a producir el intenso y continuo dolor que sufren a veces estas enfermas. Son muy recomendadas con el objeto de aliviar el dolor, las in-yecciones neurolíticas, según método de Condomin. También se practica, en algunos casos, la raquiotomía (chordotomy) para producir la anestesia eompleta de la pelvis y extremidades inferiores.

Personalmente hemos abandonado la terapéutica quirúrgica en los casos de cáncer del cuello nterino. La operación de Werthein, cuando se practica de una manera rigurosa, es decir, cuando se investigan todos los resquicios de la pelvis, en busca de ganglios, que en muchos casos presentan patología de origen infeccioso y no metastásicos, es sin duda alguna una intervención peligrosa por sus complicaciones y por el "shock" que produce. El tratamiento radiológico, sin embargo, está exento de esos peligros, siendo sus resultados tan eficaces como en el quirúrgico, (según hemos podido comprobar en nuestra propia experiencia).

Sólo nos resta someter nuevamente ante la consideración de esta Asamblea la necesidad que hay en Puerto Rico de crear una Institución apropiada para el tratamiento del cáncer.

EL GRANULOMA INGUINAL EN PUERTO RICO

Informe Preliminar

ARTURO L. CARRION, M. D.

De la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Puerto Rico, bajo los anspicios de la Universidad de Columbia, San Juan, P. R.

ulcerativo cor

SINONIMIA.— Granuloma interativo de los órganos genitales; granuloma esclerosante de los órganos genitales; úlcera serpiginosa de los órganos genitales; granuloma inguinal de los trópicos; granuloma venéreo; úlcera inguinal.

HISTORIA.--Durante largo tiempo el granuloma inguinal estuvo incluído en el mal definido grupo de las "úlceras tropicales". En 1896 Convers y Daniels(1) lo individualizaron como entidad morbosa especial describiéndolo como "la forma lupoide de la llamada úlcera inguinal de esta colonia" (Gnayana Inglesa). En el año signiente Galloway (2) publicó una magnífica descripción clínica e histopatológica de un caso en Londres. Poco después Siebert, Campbell, y Schobet (3) describieron la patología más detalladamente. Los primeros casos clínicos reconocidos en los Estados Unidos fueron descritos por Grindon en 1913(4). Sin embargo, la existencia del granuloma ingninal con demostración del supuesto agente etiológico (los enerpos de Donovan) en las lesiones no quedó establecida definitivamente en los Estados Unidos continentales hasta la comunicación de Symmers y Frost(5) publicada en 1920. La presencia de esta dermatosis en Puerto Rico fué comprobada primeramente por unestro distinguido colega, ya desaparecido, el Dr. Salvador Giuliani (6), en 1919.

DEFINICION.—El granuloma inguinal es una enfermedad crónica, infecto-

contagiosa, antoinoculable y recidivante que afecta, por lo general, los pliegues inguinales, órganos genitales externos, el periné y el ano. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por el desarrollo de lesiones ulcerativas, de aspecto grannlomatoso, con bordes bien infiltrados y tortuosos. Las úlceras evolucionan lentamente hacia una cicatrización fibrosa, sin afectar en modo alguno el estado general del enfermo. Desde el punto de vista histopatológico es esencialmente un granuloma en que predominan las plasmacélulas encontrándose en la lesión los llamados "cuerpos de Donovan".

INCUBACION.—El período de incubación parece ser muy variable. Low (7) menciona el caso de un individuo de la raza blanca que vió aparecer la lesión inicial en el pene dos días después de un coito con una mujer de color. Maitland (8) comunica un caso cuyo período de incubación fué de cuatro días, mientras Aragao v Vianna (9) informan otro con ocho días de incubación. Por último, McIntosh (10), que logró transmitir experimentalmente la enfermedad de un individuo o otro mediante la transplantación de tejido patológico, comunica no haber observado lesión activa en el sujeto hasta 47 días después de la inoculación.

SINTOMAS.—La enfermedad se inicia con la formación de una o más pápulas o pequeños nódulos situados, muy fre-

cuentemente, en los órganos genitales o la región inguinal. Estas eflorescencias se agrandan paulatinamente y, al perder la fina entícula epidérmica que las cubre, quedan transformadas en otras tantas nlceraciones cuvo fondo se eleva más o menos sobre el plano de la piel normal, aunque en algunos casos se nos presenta bastante excavado. En su período de estado obsérvanse extensas zonas de tejido de granulación desprovistas de epidermis, de color rojizo y limitadas por un borde elevado, duro y azuloso. lesiones sangran con facilidad y dan lugar casi siempre a un exudado abundante y de olor nanseabundo.

El calor y la humedad parecen favorecer la propagación del proceso patológico. Nótase, en efecto, que las lesiones, en su lenta y progresiva extensión, siquen siempre los repliegues entáneos o mucosos, cuvas superficies en contacto dan origen a condiciones de temperatura y humedad propicias para su desarrollo. Por eso la base del pene, los repliegues interlabiales de la vulva, el surco inguinal, el periné, y el repliegne interglúteo son las regiones predilectas del granuloma. La invasión de la uretra, de la vagina v el recto no es cosa rara, pudiendo producirse, en tales casos, estrecheces infranqueables del conducto urinario o fístulas rectovaginales incurables (Goodman (11). En casos excepcionales se han observado localizaciones extragenitales: en el cuello, las mejillas, labios y boca (Sequeira, da Silva, Araujo, Lynch. Goodman) (12),

A medida que la erupción progresa en una dirección determinada las zonas iniciales del proceso patológico suelen involucionar, apareciendo aquí y allá islotes de tejido cicatricial cubiertos de una delgada y frágil capa de epidermis, blanquecina unas veces, y otras con exceso de pigmento. En los casos avanzados no es raro encontrar extensas zonas cicatriciales, prominentes y replegadas, con una franja eruptiva en plena actividad a su alrededor. La fibrosis es a menudo tan pronunciada, que algunos autores han creído justificada la denominación de grannloma esclerosante para designar la enfermedad. Hay que añadir que en medio del tejido fibroso pueden también reproducirse pequeños brotes granulomatosos.

La reabsorción completa y espontánea de una lesión, raras veces ocurre. No hay tendencia a la formación de abscesos, ni a la producción de metástasis. Los ganglios que drenan la región, por lo general, no están afectados. Sin embargo, las alteraciones histológicas pueden estrangular los pequeños vasos linfáticos, interrumpiéndose, por tal motivo, el curso de la linfa y dando lugar, en ocasiones, a una pseudoelefantiasis de los genitales.

En algunos enfermos los síntomas subjetivos faltan por completo; en otros, hay una sensación bastante molesta de escozor y prurito, y, en los que sufren de complicaciones uretrales o rectales, la micción y la defecación pueden ser intensamente dolorosas.

PATOLOGIA.—Las alteraciones histológicas consisten esencialmente en una extensa infiltración de células redondas que se localiza de preferencia en la capa superficial del dermis.

Un examen detallado nos permite comprobar que en la parte central del brote eruptivo la epidermis suele faltar, pero, a medida que nos aproximamos hacia el borde, pronto se logra reconocerla bajo la forma de una capa más o menos delgada de epitelio degenerado sin indicio alguno de queratinización. En el borde mismo, puede notarse que las columnas celulares del cuerpo mucoso de Malpighio, estrechadas y alargadas en ocho o diez veces su longitud normal, descienden hacia el corion subyacente para llenar los espacios que dejan entre sí las papilas dérmicas que están notablemente hipertrofiadas a causa de la proliferación celular. Los elementos del cuerpo de Malpighio aparecen hinchados, edematosos e infiltrados de glóbulos blancos migratorios; y en los espacios intercelulares, muy dilatados, pueden verse también numerosos leucocitos.

Las células que constituyen la infiltración dérmica forman hacia los bordes agrupaciones muy discretas, de aspecto linfoide, principalmente alrededor de los vasos. Más hacia el centro de la lesión la proliferación celular se hace espesa y confluente, las papilas dérmicas se ensanchan y alargan, y las fibrillas conjuntivas y elásticas, que normalmente abundan en esta región se presentan eseasas, fragmentadas y en estado de degeneración. Yendo todavía un poco más hacia el centro, vemos la masa celular invadir, por abajo, la capa profunda del dermis y aún el tejido celular subcutáneo, mientras que, por arriba, forma abultamiento sobre el nivel normal de la piel y da lugar a un estiramiento de la epidermis, ya degenerada, la cual transforma en una capa más o menos fina. llegando hasta desaparecer completamente en la mayoría de los casos. La circulación sanguínea en el tejido patológico es muy profusa gracias a la neoformación de pequeños capilares.

Entre los elementos celulares que forman el exudado, predominan los mononucleares pequeños; pero hay también mononucleares grandes, polimorfonucleares neutrófilos, eosinófilos y un gran mémero de plasmacélulas dispuestas en capas, sobre todo hacia los bordes de la lesión. No hay formación de células gigantes ni tendencia a la necrosis.

A medida que el proceso envejece se ven aparecer gradualmente en el cuadro histopatológico numerosos fibroblastos, los cuales dan lugar a un tejido fibroso que, andando el tiempo, concluye por reemplazar los elementos celulares mencionados anteriormente. Esta fibrosis es bastante característica del granuloma inguinal.

Réstanos decir que los cuerpos de Donovau, que constituyen el supuesto agente causal de la enfermedad, y que serán descritos más adelante, suelen encontrarse, en la mayoría de los casos, tanto en los frotis, como en las secciones patológicas teñidas por el Giemsa o por el Wright. Estos cuerpos aparecen muy a menudo en el protoplasma de los mononucleares grandes de las plasmacélulas o de los fibroblastos, unas veces aislados y otras formando grupos, encontrándose también en abundancia fuera de las células.

ETIOLOGIA.—El granuloma inguinal ocnrre generalmente en el período de actividad sexual, siendo raro en la niñez y después de los 45 años. Aunque algunos autores sostienen que se trata de una enfermedad venérea, es lo cierto que esta teoría no ha sido aún definitivamente comprobada. Por algún tiempo se creyó que los individuos de color eran casi los únicos susceptibles de ser atacados, pero numerosas observaciones recientes parecen demostrar que la raza no ejerce una influencia fundamental sobre la infección, en cambio, el sexo femenino quizás

sea más predispuesto, pues la mayoría de los casos se dan en mujeres.

La determinación del agente etiológico específico del granuloma inguinal ha sido objeto de innumerables investigaciones por distintos autores habiéndose atribuído la enfermedad a diferentes parásitos y, aunque el consenso de la opinión señala hoy a un organismo en particular como el verdadero responsable de las alteraciones patológicas, todavía no se ha podido, con los cultivos de ese organismo, transmitir experimentalmente la infección.

Convers y Daniels expresaron la opinión de que el granuloma era de origen tuberculoso (13). Jeanselme (14) lo comparó con el lupus y Le Dantec (15) llegó a obtener lesiones tuberculosas en animales inoculados con material de las úlceras granulomatosas. Estos resultados, sin embargo, no han sido comprobados habiendo en cambio base sólida para creer que la enfermedad no tiene relación alguna con el bacilo de Koch. Maitland v Wise (16) encontraron el Treponema pálido en las lesiones y pensaron, por consiguiente, que se trataba de una infección sifilítica. Mac Lennon (17) descubrió en ellas el Treponema refringens, mientras Bosanquet (18) creyó que el agente etiológico era una espiroqueta específica del granuloma. La mayoría de los autores consideran actualmente la presencia de espiroquetas en las lesiones como un fenómeno puramente accidental. Un granulomatoso, por ejemplo, puede ser además un sifilítico y portar treponemas en las lesiones inguinales y el tratamiento anti-luético hace desaparecer el treponema sin afectar en lo más mínimo la lesión granulomatosa propiamente dicha.

Walker (19) y otros han aislado de las

lesiones un organismo bacilar imposible de distinguir del *Bacillus mucosus capsulatus* al que han atribuído importancia etiológica, pero esta teoría no ha tenido gran aceptación.

El microorganismo que hasta la fecha se ha venido considerando como el más probable agente causal del estado patológico que nos ocupa, fué observado por Donovan (20), en 1905, quien lo creyó un protozoario. Más tarde (1907) Siebert (21) lo describió como un diplococo en capsulado, mientras que Flu (22), en 1911 se refirió a él denominándolo un clamidozoo.

Trátase de un organismo eminentemente polimorfo, Gram-negativo, cuva estructura puede apreciarse mejor cuando se colorea por el Giemsa o el Wright, En los frotis, al igual que en los tejidos, teñidos con uno de estos colorantes, se nos presenta unas veces bajo la forma de cocos color rojo oscuro, casi negro, de 0.2 a 0.3 micra de diámetro, rodeados por una cápsula rosada de contornos bien definidos. Otras veces toma el aspecto de un bastoncillo de 0.5 a 1 micra de largo, de extremidades convexas rodeado así mismo por una cápsula. Se notan, por último, disposiciones diplocócicas cuvos dos elementos aparecen enteramente análogos a la primera forma mencionada. Aragao y Vianna (23) consideraron estas tres formas como etapas sucesivas en el proceso de multiplicación del parásito y, basándose en sus observaciones, crearon para el mismo un nuevo género dentro de los esquizomicetos, el Calymmatobacterium, y denominaron la especie en cuestión Calymmatobacterium granulomatis, cuya clasificación se ha popularizado bastante.

El Calymmatobacterium granulomatis se encuentra casi siempre en el proto-

plasma de los grandes mononucleares v las plasmacélulas; pero se le ve también, aunque con menor frecuencia, fuera de estos elementos. Los parásitos intracelulares se nos presentan a menudo formando grupos o pequeñas colonias en la masa protoplasmática. Estos grupos, redondeados u ovoides, guardan cierta semejanza con la morfología de los protozoarios, lo cual nos explica el concepto que formara Donovan del parásito al estudiarlo por primera vez. Debemos añadir que, en ocasiones, las cápsulas no están completamente diferenciadas y los microorganismos se presentan formando algo así como zoogleas intracelulares.

Muchos autores creen, y con fundamento, haber aislado el Calymmatobacterium de las lesiones del granuloma. La técnica preconizada para su aislamiento consiste sencillamente en hacer siembras del material infectivo en agar Sabourand. Una vez aislado en este medio, el organismo crece bastante bien en los medios usuales del laboratorio.

Las colonias en agar Sabouraud son generalmente pequeñas (0.5 a 3 mm, de diámetro), circulares y cupuliformes. Transparentes el primer día, vuélvense después más o menos opacas y blanquecinas. No licúan la gelatina ni bemolizan la sangre, aunque producen en esta última metahemoglobina. El caldo, simple o glucosado, se torna turbio por el crecimiento, produciendo sedimentación pero sin película en la superficie del líquido. Hay producción de ácido pero no de gas en la lactosa, maltosa, levulosa, dextrosa, sacarosa y galactosa (Campbell) (24). Las condiciones anaeróbicas no impiden el crecimiento.

En los cultivos artificiales falta la cápsula y el tamaño del microorganismo varía entre una y cinco micras, siendo los más pequeños de forma cocoide y los mayores, oblongados y baciliformes. No se producen esporos ni hay movimiento bacteriano.

Es indudable que la morfología del organismo cultivado corresponde bastante bien con la de los enerpos de Donovan observados en los tejidos patológicos de los granulomatosos. Podemos añadir que McIntosh (10), trabajando con una raza del parásito obtenida de uno de sus enfermos, consiguió producir la aglutinación en una dilución de 1:80 con el suero sanguíneo de dos sujetos granulomato sos. Por otra parte, las pruebas de fijación de complemento, la de las precipitinas y la de sensibilidad cutánea, usando como antígeno cultivos de un caso experimental, fueron también positivas. No obstante todo esto, nadie ha logrado hasta ahora transmitir experimentalmente la enfermedad con ninguno de los cultivos obtenidos por diversas autoridades. a pesar de las numerosas tentativas llevadas a cabo no sólo en animales sino en el hombre. El más importante de los postulados de Koch no ha podido, pnes. recibir adecuada comprobación.

CONTAGIO.—Algunos autores consideran el granuloma inguinal como una enfermedad venérea (granuloma venéreo). Se aduce en apoyo de esta teoría la localización frecuente de las lesiones en los órganos genitales, su ocurrencia, por lo general, durante el período de actividad sexual. y el haberse registrado casos en que la infección sobrevino después del sujeto haber tenido relaciones sexuales con un granulomatoso del sexo opuesto.

Otros, por el contrario, niegan que el granuloma sea de carácter venéreo ya que la erupción se inicia a menudo, no precisamente en los órganos genitales. sino a alguna distancia de los mismos. Es indudable, por otra parte, que abundan los casos de individnos que no se infectan a pesar de tener contactos sexuales persistentemente y por largo tiempo con enfermos del otro sexo. Uno de nuestros pacientes, por ejemplo, estuvo casado sucesivamente y por largos períodos con dos mujeres distintas sin que éstas contrajeran la infección.

Es posible, según sugiere Goodman (25) que el contagio se verifique por nu agente intermediario. Según puede verse la transmisión natural del granuloma inguinal es todavía un problema por resolver.

TRATAMIENTO.— Las aplicaciones antisépticas locales, ensavadas desde los primeros tiempos, suelen mejorar la enfermedad pero no tienen efecto curativo. El tratamiento quirúrgico ha sido también practicado, lográndose en algunos casos incipientes la curación completa. Debe notarse, sin embargo, que la cirngía puede ser impracticable a causa de las regiones afectadas o por lo extenso de las lesiones. Por otra parte las recidivas son bastante frecuentes en las cicatrices post-operatorias. La roentgenoterapia, preconizada por algunos autores. resulta igualmente ineficaz en la mayoría de los casos.

Hasta ahora la terapéntica que la gozado de mayor reputación consiste en el empleo del tártaro emético, substancia ésta que suele actnar como un verdadeto específico. Hay que advertir, no obstante, que las recidivas también ocurren después del tratamiento con esta droga. Por último, con el reciente descubrimiento del unevo compuesto estibiado, la Fuadina, hay fundadas esperanzas de conseguir resultados más eficaces y más permanentes, pues la toxicidad de esta dro-

ga es mucho menor que la del tártaro emético. Las estadísticas, sin embargo, no son aún lo suficientemente numerosas para que permitan augurarlo.

CONCLUSIONES.—De acuerdo con la breve reseña que acabamos de hacer se pueden establecer los siguientes hechos:

- 1. Que el conocimiento del granuloma inguinal como entidad morbosa especial, data de época relativamente reciente.
- 2. Que su sintomatología es bastante característica, pudiendo hacerse el diagnóstico, en la mayoría de los casos, por el cuadro clínico solamente.
- 3. Que a pesar de la categoría de enfermedad venérea en que la incluyen muchos autores, la opinión general se en cuentra dividida en este particular.
- 4. Que los llamados "cuerpos de Donovan" han sido hallados casi constantemente en las lesiones de los granulomatosos.
- 5. Que debe reconocerse a nuestro querido, ilustre y extinto colega, el doctor Salvador Giuliani, como el primero en comprobar la presencia de los referidos cuerpos de Donovan en casos de granulomatosis, no sólo en Puerto Rico, sino en todo el territorio de los Estados Unidos, según se afirma en una nota marginal, annque no suficientemente destacada, en el bien documentado trabajo de Goodman(11) que apareció un año después que la comunicación original de Giuliani.
- 6. Que diversos antores afirman haber cultivado los enerpos de Donovan; que Aragao y Vianna, después de estudiar detenidamente el microorganismo lo clasificaron como Calymmatobacterium granulomatis, nuevo género y nueva especie entre los Esquizomicetos; y que la morfología del parásito en los cultivos artificiales corresponde bastante bien con la

del que se observa en los tejidos patológicos.

- 7. Que el suero sanguíneo de los sujetos atacados de granuloma reacciona inmunológicamente con los cultivos del parásito.
- 8. Que nadie ha logrado hasta la fecha reproducir las lesiones típicas del granuloma en animales o en el hombre mediante la inoculación de dichos cultivos, a pesar de las innumerables tentativas llevadas a cabo con este fin, dejando asi sin cumplirse acaso el más importante de los postulados de Koch.
- 9. Que aunque en la mayoría de los casos el tártaro emético ha actuado como un específico contra la enfermedad, hay lugar a esperar que la Fnadina, nuevo producto estibiado actualmente en ensayo, supere en acción terapéntica a aquella droga.

Según puede verse, el granuloma inguinal nos presenta aún ciertos problemas fundamentales para los cuales no se ha ofrecido solución satisfactoria. Es preciso determinar, en primer lugar, si el Calymmatobacterium granulomatis, estudiado por tantos antores, es efectivamente el causante de la enfermedad, o si el agente etiológico es otro organismo aún desconocido. Por otra, convendría tijar de manera específica la forma en que se verifica el contagio en la naturaleza. Importa, por último, aquilatar el valor de la Fuadina como agente terapéutico contra la infección granulomatosa.

Con el fin de ofrecer nuestra modesta cooperación para el mejor conocimiento de estos problemas, nos hemos propuesto estudiar una serie de casos de granuloma, los cuales utilizaremos, no sólo como fuente de observación clínica, sino para obtener el material indispensable para llevar a cabo nuestro propósito. Hemos de ocuparnos, en primer término, de las investigaciones recientes de otros autores, algunas de las cuales necesitan eorroborarse. Hecho esto, trataremos de abordar los problemas ya señalados en la forma que nos permitan nuestros conocimientos.

CASO CLINICO.—Vamos ahora a presentar el historial clínico del primer caso de nuestra serie, todavía bajo observación.

Historia.—Se trata de un individuo. A. G., de la raza blanca, puertorriqueño, de Añasco, soltero y jornalero agrícola, que iugresó en el Hospital de la Universidad el 12 de agosto de 1933.

La historia familiar es negativa. Durante la niñez sufrió de malaria, influenza y tenesmo reetal con mucosidades en las deposiciones. A los 18 años de edad le fué praticada la circunsición.

Hace aproximadamente tres años el eufermo notó en las márgenes del amo un pequeño nódulo verrugoso que erecía leuta pero progresivamente, hasta alcanzar, en el día de su ingreso al Hospital, el ta maño de un huevo de gallina. Esta tumoración nunca causó molestias durante la defecación, ni síntomas subjetivos de clase alguna. Más adelante veremos que su naturaleza era distinta de la enfermedad principal que aquejaba el sujeto.

Un mes antes de aparecer la presente dermatosis el enfermo había tenido relaciones sexuales con una mujer de color aparentemente sana y contrajo una pediculosis del pubis. Nada más de importancia en sus antecedentes.

La erupción actual comenzó hace dos años y medio en forma de una pequeña tumoración subcutánea, indolora y cubierta de piel rojiza, situada en la parte superior del surco inguinal izquierdo. Creyendo que se trataba de un infarto ganglionar, el tumorcito fué incindido por un compañero, no fluyendo más que mas gotas de sangre, sin pus, de la incisión. Poco después aparecieron dos nódulos similares en la región pubiana, algo hacia adentro de la tumoración inicial. Impulsado por un intenso y constante prurito, el enfermo se rascaba frecuentemente produciéndose, en los sitios afectados, erosiones entáneas que no tardaron en transformar les nódulos men-



cionados en otras tantas úlceras. Una vez iniciado el proceso ulcerativo, las lesiones crecieron progresivamente hasta confundirse, primero, entre sí, para luego continuar su curso invasivo a todo lo largo del repliegue inguinal.

El escozor y el prarito fueron siempre síntomas molestosos.

Antes de ingresar al Hospital, el tratamiento consistió en aplicaciones locales muy variadas y dos series de neosalvarsán administradas intravenosamente las cuales en nada modificaron el curso de la enfermedad.

Examen.—Al examen encontramos una vasta zona inferativa de color rojizo y aspecto fungoide que exudaba abundantemente un líquido viscoso, amarillento y maloliente y cubría la porción superointerna de la región ingninocrural, parte de la región del pubis y el repliegne femoroescrotal, deteniéndose, por detrás, como a 6 cm. del ano. La superficie eruptiva, granulomatosa, irregular e intensamente cruenta, estaba enmarcada por bordes elevados, duros, gruesos en forma de rodete, y de un color gris azuloso. El menor traumatismo solía producir hemorragia, aunque de corta duración.

Datos del Laboratorio.— Al examen microscópico del exudado de la úlcera teñido por el Wright, encontramos un organismo muy característico, encapsulado y de variada morfología, presentando formas cocoides, diplococoides y bacilares. La mavoría de estos organismos se encontraban en la substancia protoplasmática de los mononucleares grandes y plasmacélulas, annoue con frecuencia los vimos también extracelulares. La cápsula en algunos casos estaba mal diferenciada. Por último, comprobamos a menudo la presencia de agrupaciones de parásitos, formando cuerpos ya esféricos, va ovoides o irregulares deutro de las células. Estas características corresponden perfectamente con las de los cuerpos de Donovan descritos por distintos antores en casos de granuloma inguinal, v mny particularmente por Aragao y Vianna en el Brasil.

La orina y la reacción de Kalm resultaron negativas. En las heces fecales se encontraron huevos de uncinaria, tricocéfalo, y Schistosoma mansoni. Véase el resultado de un examen citológico de la sangre:

3,840,000
55%
6,650
32%
3%
300
58%
4%

Al examen histopatológico encontramos esencialmente un engrosamiento del epitelio con hiperplasia de sus elementos, mientras la capa dérmica acusaba una densa infiltración celular predominando los linfocitos y plasmacélulas, y encontrándose aquí y allá los cuerpos de Donovan.

Tratamiento.—El 21 de agosto, la tumoración papilomatosa situada en la región anal fué extirpada quirúrgicamente. Tanto los caracteres clínicos como la histopatología parecen indicar que la naturaleza de esta lesión es de índole distinta a la del granuloma. Pudiera ser que estuviese relacionada con la esquistosomiasis descubierta incidentalmente en este caso.

Durante los primeros cnatro meses de hospitalización, se mantuvo el enfermo en reposo tratándosele localmente con fomentaciones ligeramente antisépticas. Con esto se consiguió una mejoría lenta pero notable.

En una intervención quirúrgica practicada el 2 de octubre, se extirpó una parte del polo superior de la lesión, desbridándose inmediatamente los bordes de la herida, constituídos por piel sana, para suturarlos entre sí. La cicatrización se produjo perfectamente, no quedando en la zona operada vestigio alguno de la enfermedad.

El tratamiento con la Fuadina se inició el 5 de diciembre, Administramos la droga por vía intramuscular, inyectando primero 1.5 cc., 3.5 cc. y 5 cc. respectivamente en días sucesivos, y continuando luego las dosis de 5 cc. cada 48 horas hasta completar la serie de 10 ampolletas. El efecto terapéutico de este producto fué espectacular. En el curso de 16 días la extensa zona ulcerada había cicatrizado por completo.

Después de la breve exposición que hemos hecho sobre el propósito que nos anima, réstanos solicitar la bondadosa cooperación de nuestros buenos amigos y compañeros para el mejor éxito de esta empresa. Solamente pedimos que nos enviéis para estudio aquellos casos de granuloma inguinal que encontréis en vuestra práctica, comprometiéndonos nosotros, por unestra parte, a Hevar a cabo el tratamiento de los enfermos.

BIBLIOGRAPHY

- Conyers, J. H. and Daniels, C. W.: Citados por McCarthy, Lee: Histopathology of Skin Diseases. St. Louis, Mo., U. S. A. The C. V. Mosby Co. Page 331, 1931.
- (2) Galloway, J.: Citado por McCarthy: Idem.
- (3) Siebert, W.; Campbell, M. F.; Schobet: Citados por McCarthy: Idem.
- (4) **Grindon, J.:** Ulcerating Granuloma Tropicum. Jour. Cutan. Dis. 31:236. 1913.
- (5) Symmers, D. and Frost, A. D.: Granuloma Inguinale in the United States. Jour. Amer. Med. Assoc. 74:1304, 1920.
- (6) Giuliani, S.: Notas Preliminares acerca del Granuloma Ulcerado de los Organos Genitales. Boletín Asoc. Med. de Puerto Rico. Número 123 (junio): 53. 1919.
- (7) Low: Citado por Goodman, H.: Ulcerating Granuloma of the Pudencia. Arch. Dermat & Syph. 38:151. 1920.

- (8) Maitland: Citado por Goodman, H.: Idem.
- (9) Aragao, H. de B. y Vianna, G.: Citados por Goodman, H.: Idem.
- (10) McIntosh, J. A.: The Etiology of Granuloma Inguinale. Jour. Amer. Med. Assoc. 87 (1): 996. 1926.
- (11) Goodman, H.: Ulcerating Granuloma of the Pudencia, Arch. Dermat. & Syph. 38: 151, 1920.
- (12) Sequeira; da Silva; Araujo; Lynch; Goodman: Citados por Ruiz, F. R. y Romaña, C.: Contribución al Estudio del Granuloma Venéreo. Séptima Reunión de la Sociedad Argentina de Patología Regional del Norte, 2:641, 1932.
- (13) Conyers, J. H. and Daniels, C. W.: Citados por Campbell, M. F.: Etiology of Granuloma Inguinale. Amer. Jour. Med. Sc. 174:670, 1927.
- (14) Jeanselme: Citado por Aragao, H. de B. y Vianna, G.: Pesquizas sobre o Granuloma Venéreo. Mem. do Inst. Oswaldo Cruz (Brasil), 5(2):211, 1913.
- (15) Le Dantec, A.: Cicado por Aragao, H. de B. y Vianna, G.: Idem.
- (16) Maitland; Wise, K. S.: Citados por Campbell, M. F.: Etiology of Granuloma Inguinale. Amer. Jour. Med. Sc. 174:670. 1927.

- (17) McLennon, A.: Citado por Campbell, M. F.: Idem.
- (18) Bosanquet: Citado por Aragao, H. de B. y Vianna, D.: Pesquizas sobre o Granuloma Venéreo. Mem. do Inst. Oswaldo Cruz (Brasil), 5(2):211, 1913.
- (19) Walker, E. L.: The Etiology of Granuloma Inguinale. Jour. Med. Research. 37, 427, 1918
- (20) Donovan, C.: Medical Cases from Madras
 General Hospital, Indian Med. Gaz. 40.
 414, 1905 (Citado por todos los autores)
- (21) Siebert, W.: Citado por Campbell, M. F.: Etiology of Granuloma Inguinale. Amer. Jour. Med. Sc. 174:670, 1927
- (22) Flu, P. C.: Citado por Campbell, M. F.: Idem.
- (23) Aragao, H. de B. y Vianna, G.: Pesquizas sobre o Granuloma Venéreo. Mem. do Inst. Oswaldo Cruz (Brasil), 5(2)211, 1913
- (21) Campbell, M. F.: Etiology of Granuloma Inguinale. Amer. Jour. Med. Sc. 171:670. 1927.
- (25) Goodman, H.: Citado por Ruiz, F. R. v Romaña, C.: Contribución al Estudio del Granuloma Venéreo. Séptima Reunión de la Soc. Argen. de Patol. Regional del Norte. 2:641, 1932.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Año XXVII

Enero 1935

Núm. 1

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe:
Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador:
Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M Suárez Dr. J. Rodríguez Pastor Dr. Juan A Pons

EDITORIAL

Conforme anunciábamos en el número anterior, hemos de hacer hoy una breve reseña de la Asamblea Anual de la Asociación al constituirse la uneva Directiva. Conviene, pues, que quede siempre constancia histórica de todos los eventos en la vida de unestra Institución para que los que vengan detrás de nosotros puedan juzgar con suficiente perspectiva y desapasionamiento los incidentes de la lucha que sostiene la clase médica por su propio bienestar y por el bienestar de unestro pueblo en el momento presente.

Habría que destacar el hecho elocuente de que en las labores que desarrolla la Asociación Médica en sus asambleas anuales, vienen, año tras año, distinguiéndose los programas científicos por una mayor altura y probidad en la exposición correcta, sin énfasis y sin grandielocuencia, de los puros hechos observados, imperando en el curso de los debates una cordial y afectnosa camaradería que hace que los compañeros interesados participen en ellos con entera libertad en la intervención, aún cuando no posean un dominio perfecto de la palabra y hayan de discutir con las altas autoridades en cualquier materia.

El programa científico de la Asamblea pasada se cumplió rigurosamente en todas sus partes, reinando siempre un gran entusiasmo entre los asambleístas y despertando un gran interés en el mismo el "symposium" sobre cáncer—cuyos trabajos empezamos a publicar en este mismo número-y el de las anemiasque publicaremos en números sucesivos-. habiendo tomado parte en este último el profesor West, profesor de la Universidad de Columbia, de visita en la Escuela de Medicina Tropical, que hizo ma luminosa y sintética exposición sobre las anemias del esprú y otras enfermedades tropicales.

Dentro del programa, a horas y días apropiados, se verificaron también las lecciones clínicas y presentación de casos en el Hospital Presbiteriano, en los hospitales municipales, en el Sanatorio Insular y en el Hospital de la Universidad, las cuales se vieron grandemente concurridas por los médicos asambleístas que fueron objeto de galante y cumplida atención por parte del personal de dichas instituciones, como es en ellas tradicional.

Fné, como decimos, la parte científica de la Asamblea, una verdadera demostración en todos sentidos de la pujanza vigorosa de nuestra Asociación y del nivel intelectual de nuestra clase. Las palabras de nuestro Presidente, el doctor Morales Otero, en su discurso inaugural, definen — ya las hemos comentado en el Boletín del mes pasado — la actitud de nuestra clase ante el momento actual. Lástima que una de las invocaciones finales de su discurso, exhortándonos a permanecer libres de particularismos, no fuena oída y así, al reunirse el día 14 la Cámara de Delegados, surgieron disidencias y disparidades de criterio en la interpretación reglamentaria con motivo de la elección de la nueva directiva, lo que pudo dar al traste con la buena intención que a todos nos congregaba.

Al ser propuesta a la Cámara de Delegados por unos de sus miembros la candidatura para la presidencia, algunos delegados impugnaron la misma, fundándose en detalles técnicos sobre si el candidato a la presidencia había presentado o no, su renuncia como delegado a la Cámara en tiempo oportuno y si dicha renuncia estaba aceptada por la Junta Directiva de la Asociación Médica del Distrito de la cual era delegado el candidato. Ya, en la sesión de la Cámara de Delegados celebrada el día anterior al de las elecciones, había sido presentada por el Secretario de la Asociación Médica del Distrito de San Juan la renuncia como delegado a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, por el distrito de San Juan, del candidato propuesto ahora para la presidencia. Esta renuncia fué aceptada unánimemente por la Cámara de Delegados, sin que en aquel momento nadie comentara la misma v sin haber tomado parte alguna en las deliberaciones de la Cámara el delegado renunciante. Causó pues, verdade-

ra extrañeza e indignación, la actitud de un grupo de compañeros, que a última hora impugnaban nna candidatura fundándose en detalles técnicos y discutiendo si estaba o no debidamente cualificado el candidato con arreglo a lo estatuído, para ser electo presidente. En ningún momento se discutió la relevante personalidad del candidato para ocupar la presidencia: los mismos protestantes estaban conformes en que sus altas dotes científicas, su meritoria labor profesional v su integridad de carácter, aieno a los apasionamientos de ningún género le hacían apto para representar nuestra Asociación en el pnesto más distinguido.

Sin consideración a los altos ideales de la clase, alejándose de procedimientos y sanas normas seguidas por la Asociación desde su fundación, se había hablado y se habló, antes de la impugnación del candidato a la presidencia por los motivos que hemos mencionado, de candidaturas para una nueva Directiva que incluyera éste o aquel candidato, hombre de confianza de un jefe político, de un grupo político o de un departamento gubernamental.

La actitud intransigente de algunos delegados, que con el sólo propósito de obstaculizar las deliberaciones, perdieron la ecuanimidad, hicieron elevar el tono de la discusión de una manera incorrecta, llegó al colmo cuando amenazaron con abandonar la Asamblea y dividir la Asociación. Lo que se pretendía en última instancia con el doble fuego, era, simplemente, sacar triunfante una candidatura para la nueva Directiva, suficientemente dúctil a las influencias ambiciosas de fuera de la Asocia-

ción, que se plegase en determinados momentos a respaldar movimientos de cierto cariz en el futuro. Es decir: el dominio de la Directiva, con una mavoría dentro de ella de candidatos de una determinada filiación política, para utilizarla más tarde con unos u otros fines. que no hemos de discutir ni es esa nuestra intención, pues no nos importa la política de la calle. Naturalmente, que la mayoría de los delegados, hombres ecuárimes, desapasionados y justos, reaccioparon como verdaderos profesionales a la imposición que sobre ellos quería ejercer el grupo disidente y, después de oir las alegaciones y discutirlas con toda amplitud, decidieron aceptar por considerable mayoría la candidatura del doctor García Cabrera que salió electo en la votación subsiguiente.

Reuniéronse poco después los compaũeros que componían el grupo disidente eu otro local y empezaron los *pour parlers* con objeto de llegar a un arreglo y suavizar la situación creada. Pero las pro-

posiciones de arreglo por parte de ellos fueron siempre a base de variar la nueva Directiva, para lo cual habría que citar inmediatamente a Asamblea Extraordinaria. Y a esto sí que uo se podía acceder por estar determinado específicamente en la reglamentación los días que han de transcurrir entre la citación hasta la Asamblea Extraordinaria y su celebración. Quedó, pues, confirmada la Directiva electa y henos esperando la celebración de la Asamblea Extraordinaria en la que, según se pretende, habrá de salir una nueva Directiva que armonice la pretensión de uno y otro grupo.

En el próximo número daremos cuenta de lo acaecido en la misma. Algo lamentable por todos conceptos y que de no haberse procedido como se procedió, con entera imparcialidad, democracia y juego limpio, pudo haber dado al traste con los propósitos, fines y limpia historia de nuestra amada Asociación.

R. L.



NA VERDADERA NEURITIS — que siempre es una inflamación de la cubierta del nervio o de los tabiques que están entre los fascículos, principia generalmente como una perincuritis.

Por su potencia termogénica, sus cualidades bacteriostáticas y descongestivas, la Antiphlogistine, aplicada en capas gruesas sobre la zona afectada, ayuda a disminuir y suavizar los tejidos inflamados, reduce la teusión muscular, promueve la absorción de los exudados y mitiga el dolor, debido a su propiedad de producir una diaforesis libre.

El éxito de esta aplicación por más de 35 años ha justificado el uso de la Antiphlogistine en donde quiera que existan iuflamación y congestión.

Muestra y literatura a solicitud

)

The Denver Chemical Mfg. Co.

163 Varick Street Nueva York, E. U. A

ANTIPHLOGISTINE

LUIS GARRATÓN, P. O. Box 1541, San Juan.



JUGO DE CARNE VALENTINE

Estimula la secreción de jugos gástricos y excita el apetito. Confiene vitamina * G

La clase médica lo recomienda en casos de:

Irritaciones gástricas y desarreglos del sistema digestivo. Enfermedades debilitantes, tales como gripe y pnImonia. Casos prolongados de partos; antes y después de operaciones abdom¹on es

En uso constante en hospitales y en la práctica particular, habiendo me-recido la aprobación de la clase médica en el mundo entero por más de sesente años.

LIVER

EXTRACT

E-29

Valentine

Valentine's Meat-Juice Co

EXTRACTO DE HIGADO VALENTINE E-29

Ventajas del Extracto de Higado Valentine E-29. Ocho onzas neto.

Contiene los elementos de higado solubles en agua, en forma concentrada (la proteína susceptible de coagulación habiendo sido retirada).

E-29 es un extracto de hígado, preparado sin alcohol y conteniendo los factores Cohn-Minot contra anemia perniciosa así como la fórmula Whipple para la anemia secundaria.

Eficaz en períodos secundarios de anemia en combinación con hierro. Posee propiedades uniformes. Contiene las características de la vitamina "B". Una terapéntica de higado económica para casos de anemia en los períodos primario y secundario.

Extracto conteniendo hierro, igual tamaño y precio.

VALENTINE'S MEAT JUICE COMPANY - Richmond, Virginia

LA FIEBRE BAJO CONTROL



Numotizine ofrece a usted un método seguro para tener bajo control las temperaturas febriles.

El efecto de la aplicación tópica de Numotizine es causar el alivio del dolor local y la congestión, reduciendo la fiebre al mismo tiempo.

La absorción de los ingredientes médicos se efectúa lenta y constante, de tal forma que cuando la temperatura se ha reducido al grado deseado, el emplasto puede ser removido sin que

haya el peligro de un choque desagradable.

Otra de las ventajas de Numotizine es que su uso no puede causar desarreglos intestinales, cosa que sucede tan frecuentemente en el uso de medicamentos administrados por la vía oral.



NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St. Chicago, U.S.A.

Robert & Santini,
Distribuidores

Avenida Ponce de León San Juan, Puerto Rico.

Rob	ert &	z San	tini,	
Ave	nida	Pone	e de	León
San	Juar	ı, Pu	erto :	Rico

Sírvanse enviarme muestras de Numotizine para experimentos clínicos.

Dept.P.R.1

Nombre
Dirección ______Estado_____Ciudad____



JALEAS Y LISADOS BIOLOGICOS

0

A DEMANDA por las Jaleas y Lisados de Antígenos Bacterianos Lilly para el tratamiento de infecciones específicas viene en constante aumento. Las Jaleas proporcionan un modo conveniente de aplicar cultivos bacteriófagoalterados de varias especies de bacterias, en una base hidrosoluble de jalea. Los Lisados, productos correspondientes a las Jaleas, son mezclas estériles designadas para aplicación local o inyección.

Las Jaleas y Lisados Biológicos Lilly pueden conseguirse por conducto de sus abastecedores de efectos médicos.



ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

FABRICANTES DE PRODUCTOS MEDICINALES DESDE 1876

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

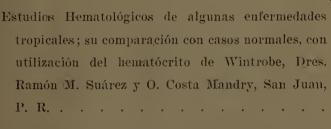
Santurce, Puerto Rico,

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

MARVARD UNIVERSITY MARVARD UNIVERSITY FOHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTS

LIBRARY A

Página



Consideraciones generales sobre la práctica de la medicina y relaciones de mútua cooperación que deben existir entre el cirujano, el especialista y el internista, José S. Belaval, M. D., San Juan, P. R. 45

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

JUGO DE CARNE VALENTINE ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

Su uso durante sesenta años por la clase médica en la práctica privada y en hospitales garantizan su utili-

Debilidad

Nauseas

Gastroenteritis Inapetencia Convalecencia de enfermedades contagiosas A los niños les gusta-reteniéndolo aún en aquellos casos en que los alimentos

usuales son devueltos. EFECTIVO: Estimula el apetito y la secreción de jugo gástricos, contribuyendo así a la mavor utilización de la dieta diaria.

De rápida asimilación y fácil administración. Contiene la Vitamina G

Valentine's Meat Juice Company

RICHMOND, VIRGINIA.



"HYPOTENSION: POST INFLUENZA TONIC"

Containing: Thyroid as a stimulus to the other members of the endocrine chain. Suprarenal for its "Pressor Innuence", increasing muscular tonicity in general. Strychnine for its excellent tonic effect on the heart, muscular and nervous system.

Stimulates the mind and brings about a sensation of well being, with increased activity of the reproductive organs.

Suggested Indications:

There are numerous conditions associated with low blood pressure which is a symptom:

1. Hypotension associated with Tuberculosis.

2. Chronic general debility from any cause especially convalescence from acute infectious diseases and general debility from overwork, Influenza, La Grippe, Etc. 3. Chronic tobacco poisorang.
4. Focal infections.

- 5. Hemorrhages and severe diarrhoeas.

6. Endocrine deficiencies.
7. Sexual neurasthenia (both sexes).

Write for Free Sample

COLE CHEMICAL COMPANY - St. Louis, U. S. A.

ENRIQUE VELEZ POSADA - Edificio Ochoa No. 508, Box 1018 - San Juan, P. R.



Disfrutais de buena salud? No lo afirméis ligeramente. Para tener seguridad absoluta de ello sólo existe un procedimiento consultarlo con ruestro Médico.

CUANTAS enfermedades y subsiguientes molestias y amarguras, se ahorrarian los humanos si adquiriesen la costumbre de ponerse en relación con el Medico, de una manera regular y periódica, sin esperar para llamar a aquel, a que se presente un síntoma alarmante.

N todas las edades, desde los primeros dias de la vida hasta En todas las edades, desur los panieros la vejez, es preciso que el Médico vigile la marcha del organismo, al parecer sano, para que se cerciore de que esta apariencia es una realidad.

NADIE ignora las terribles proporciones de la mortalidad infantil Millares de niños perecen por la única causa de estar sujetos a una alimentación mal orientada -Y cuántos infantes, también, si logran escapar de la muerte en el primer periodo de la existencia, no es más que para arrastrar una vida penosa, a causa de albergar en su organismo estigmas morbosos que no habrian podido arraigar si el desarrollo de aquél se hubiera realizado en condiciones normales,

¡QUIEN no recuerda uno o varios casos de niños que sucumbieron a causa de una dolencia que comenzó por una ligera diarrea, una simple opresión de garganta, un leve dolor de cabeza, y que, por el lamentable descuido de no haber llamado a tiempo al Médico, aquellos males, al parecer insignificantes, se convierten en una ententis, una difteria o una meningitis!

ALERTA con tomar alguno de esos medicamentos que al parecer lo curan todo, sin que antes oigais el juicio del Médico sobre la esicacia y la oportunidad de utilizar tales remedios!

CADA día, el progreso de la clencia médica abre nuevos camtnos que conducen al descubrimiento, antes insospechado, de cómo se originan ciertas enfermedades, y, por lo tanto, a determinar el modo de evitarlas.

QUEREIS conocer algunos ejempos de ental cuidadas pueden UEREIS conocer algunos ejemplos de ello? Constantemente causar graves alteraciones de la salud. Hoy no se discute ya, por ser cosa bien averiguada, que la apendicitis puede ser debida a una carfe dentaria mal cuidada. -Los oculistas con sus constantes investigaciones han podido deducir que lesiones más o menos graves de la vista, y aún la más terrible de ellas, la ceguera,

puede proceder de una alteración dentaria -Paraliticos han sido curados por la simple extracción de algunas muelas en mai estado. - 6No es, por lo tanto de una evidencia indiscutible, que el que padece una lesión dentaria debe acudir inmediatamente a

A maternidad, uno de los goces más nobles que puede sentir la majer ¿cuántas veces no se ve truncada por el solo hecho de no haber consultado a tiempo a un tocólogo? El hecho, simple en apariencia, de que una mujer tenga, durante el periodo de su embarazo, su indice de albumina o glucosa aumentado puede poner en grave peligro su vida, de no someterse oportunamente al regimen que sólo el Médico especialista podrá ordenarle.

iOS dais cuenta del número de vidas humanas que una Intervención quirúrgica realizada a tiempo ha arrancado de las garras de la muerte!

A gripe, la difteria, la fiebre tifoidea y otras graves enfermedades pueden ser evitadas consultando vuestro médico.

CONSULTAD constantemente al Médico para evitar los dolo-res y evitarselos también a vuestros familiares! (Cuántos niños, tenidos por malos estudiantes, anormales, irritables, han experimentado un cambio radical, una mejora notable, después de una intervención de amigdalotomia, del empleo de unos lentes o de una medicación opoterápica apropíada.

Y, del mismo modo, podrlamos añadir una relación interminable de dolencias que la ciencia médica cura radicalmente o alivia de un modo considerable. -Pero lo dicho bastará sin duda para inculcar en la mente del lector la gran trascendencia de la consulta médica, y los beneficios extraordinarios que de ella pueden derivarse. Consulta que hay que llevar a cabo no sólo en caso de enfermedad sino para evitarla Consultad periódicamente con el Médico para cercioraros de que vuestra salud, buena aparentemente, lo es también en realidad.

En colaboración con la clase Médica de Puerto Rico .- ANDROMACHUS CORPORATION, 30-92 Fourteenth Street, Long Island City, N. Y .- Sucursal de Laboratorios Andromaco, S. A., Barcelona.

Re producido del primer artículo de la campaña comenzada por la firma ANDRO. MACHUS CORP. de New York, fabricantes de los productos "GLEFINA" y "LASA," publicado en el "Puerto Rico Ilustrado." anemias sintomàticas o de etiología definida. La clasificación ideal hubiese sido la basada puramente en la etiología, aunque si bien se mira, ello no tendría valor alguno, porque, aun admitiendo que todas las anemias son síndromes esencialmente clínicos y que en realidad de verdad ninguna es idiopática o esencial, lo cierto es, que todavía desconocemos la cansa primaria de algunas de ellas y que para las anemias secundarias propiamente dichas, no valdría esa división fundada en la etiología, pues sabemos que una misma cansa puede dar lugar en ocasiones, a distintas modalidades clínicas; tal es el caso de las anemias producidas por infestación con el botriocéfalo y en las mal llamadas, anemias del embarazo.

Ultimamente, Ottenberg (5) nos dá una aceptable clasificación de las anemias basada sobre todo en la patogenia. Este antor las divide en tres grupos, a saber:

- 1.—Deficiencias.—En este grupo entran las achacables a la falta de hierro, a la escasez del llamado "principio antianémico" y las ocasionadas por deficiencias nutricias.
- 2.—Por lesiones en los órganos hematopoyéticos. (Envenenamientos por sales metálicas, anemia de Gancher y el síndrome de Banti).
- 3.—Por desintegración hemática o hemolisis, cuyo grupo comprende la icterohemolisis, la anemia de células semilunares, las bacterianas, las de protozoarios,
 las de tóxicos hemolíticos, etc. El inconveniente de esta clasificación salta a la
 vista, pues algunas de las enfermedades
 habría que catalogarlas en dos o más grupos y otras—por ejemplo, algunas anemias
 infantiles—quedan comprendidas arbitrariamente en el subgrupo de las deficiencias nutricias, cuando el mecanismo de su

producción, como muy bien dice el autor, aún se desconoce. Esta extensa clasificación de Ottenberg, en varios grapos y subgrupos, podríamos simplificarla ventajosamente comprendiendo sólo tres tipos principales en la forma signiente:

- 1.—Deficiencias hematopoyéticas
- 2.—Hemolisis excesiva
- 3.—Hemorragia continna y persistente.

Excluímos de esta clasificación las anemias raras, tales como la eritroblástica. la icterohemolítica, la enfermedad de Gaucher, la de células semilunares y alguna que otra más, distintas todas ellas entre si, y teniendo todas cierta particularidad clínica o de laboratorio que bace su diagnóstico relativamente fácil, y que por tal motivo pueden muy bien ser consideradas como entidades clínicas "per se". Por eso nos ha parecido mucho más práctica la clasificación de Wintrobe, (12) basada en la diferencia del tamaño relativo globular según los datos obtenidos con el hematócrito y el contenido hemoglobínico eritrocítico.

En este trabajo nos hemos ceñido a la clasificación de Wintrobe que damos a continuación:

Anemia Macrocítica.—Cuando existe un aumento en el tamaño corpuscular, indicado por una media volumétrica celular y un índice volumétrico altos, acompañados de un aumento en el contenido hemoglobínico, pero con una media de concentración hemoglobínica normal.

Anemia Normocítica. — Cuando existe una disminución en el cómputo total de eritrocitos, sin aumento en el tamaño celular ni en la hemoglobina.

Auemia Microcítica simple. — Cuando ocurre una disminución en la media volumétrica celular y la hemoglobina, per-

maneciendo la concentración hemoglobínica dentro de los límites normales.

Anemia Hipocrómica.—Cuando hay una disminución en el número de los eritrocitos y una reducción más acentuada todavía en la cantidad de hemoglobina.

II. TECNICA EMPLEADA

Toma de la muestra.—Tomamos la saugre de una de las venas del antebrazo teniendo especial cuidado de quitar la ligadura tan pronto la aguja penetra en la vena, aspirando cuatro gramos de sangre. Una vez hecho esto, separamos la aguja de la jeringa y vertemos el líquido directamente en un potecito con polvo de oxalato de potasa, preparado al efecto, en cantidad suficiente para que a cada centímetro cúbico de sangre, correspondan dos milígramos de la sal. Tapamos entonces el potecito con un tapón de corcho, agitamos su contenido evitando que se formen burbujas, procediendo tras esto a practicar los exámenes dentro de un período de tiempo no mayor de una hora después de obtenida la muestra.

La sangre para los diversos exámenes la tomamos siempre directamente del contenido original, teniendo especial cuidado de agitarla durante veinte veces como mínimo. Durante todas estas manipulaciones mantenemos siempre el potecito que contiene la sangre herméticamente tapado.

Cantidades normales.—Como norma de nuestro estudio nos han servido de guía las cantidades normales obtenidas en estudios similares practicados en Estados Unidos, después de haber corroborado su validez en un número de sujetos de ambos sexos, naturales de la isla, y en aparente buen estado de salud.

	Hombres	Mujeres
Hemoglobina		
Gms. por 100 ec.	14.5	14.5
Porcentaje	1.00	100
Lectura del		
hematócrito	42	41
Eritrocitos	5,000,000	4,500,000

Hemoglobina. — Para la investigación hemoglobínica usamos un hemoglobinómetro de Sahli con un tubo cuadrado, graduado en centésimos y también en gramos por 100 cc. (14.5 gramos de hemoglobina corresponden a 100%). Las escalas colorimétricas del hemoglobinómetro eran de cristal sólido.

Cómputo de critrocitos. — Hemos empleado el método corriente descrito en los libros de texto, con la sola diferencia que la solución diluyente es ésta:

Citrato sódico 3 gramos Cloruro sódico 0.85 gramos Agua destilada 100 gramos

Tanto la pipeta como la cámara de Neubauer estaban contrastadas por el "Bureau of Standards" del Gobierno Federal Americano.

Cómputo de Leucocitos.— Seguimos la técnica corriente, usando pipetas contrastadas y solución de ácido acético glacial al centésimo en agua destilada.

Sedimento tras centrifugación de los eritrocitos. (Células Apiladas).—Para determinar la cantidad de eritrocitos sedimentados, utilizamos el hematócrito de Wintrobe, llenándolo de sangre hasta la graduación 10, poniéndolo después en la nevera durante una hora para dar lugar a que se separen los leucocitos y floten en el plasma. Al cabo de este tiempo, centrifugamos durante una hora, a 2,500

revoluciones por minuto, en centrífuga previamente contrastada, para estar seguros de que no había variación en el volumen del sedimento, en la misma muestra de sangre, durante un tiempo mayor de media hora, usando hematócritos distintos. Al volumen de células que indica el hematócrito le añadimos un 5%, que es la cantidad recomendada por Wintrobe para equilibrar la disminución de volumen que experimentan los hematíes por efecto del oxalato. Esta cifra, así corregida, corresponde en las diversas tablas al volumen tras centrifugación.

Indice Colorimétrico. — Lo determinamos dividiendo el tanto por ciento de hemoglobina por el porcentaje normal de eritrocitos.

Indice Volumétrico.—Lo obtenemos dividiendo el porcentaje del volumen celular tras centrifugación por el porcentaje de eritrocitos.

Indice de Saturación.— Lo determinamos dividiendo el tanto por ciento de hemoglobina por el porcentaje normal de la lectura del hematócrito.

Media Volumétrica Celular. —La consignamos en micras cúbicas y la obtenemos dividiendo la indicación gradual del hematócrito multiplicado por 10, por el cómputo de eritrocitos expresados en millones.

Media Hemoglobínica Celular.—Se consigna en microgramos y se obtiene dividiendo la cantidad en gramos de hemoglobina en cada 100 cc. de sangre por el número de eritrocitos consignado en millones por centímetro cúbico.

Media de Concentración Hemoglobínica.

—Esta se consigna en tanto por ciento y la obtenemos dividiendo la cantidad de gramos de hemoglobina en cada 100 cen-

tímetros cúbicos de sangre por la indicación del hematócrito.

Reticulocitos.— Preparamos una solución de 0.3 gramos de azul brillante de cresil (brilliant cresyl blue) en 100 centimetros cúbicos de alcohol absoluto de la cual poníamos una gota en el extremo de un portaobjetos bien limpio, dejándola secar al aire, y sobre la cual e jamos caer una pequeña gota de sangre—acabada de tomar y sin oxalato—mezclándola bien con el tiute ya seco, y extendiéndola en la láurina de cristal en la misma forma que se hace para practicar un cómputo diferencial.

Cómputo Diferencial.—Usamos la técnica corriente.

Malaria—En la búsqueda del hematozoario de la malaria usábamos el frotis fino teñido por el método de Wright y la gota gruesa teñida con tinte de Giemsa conjuntamente.

III. DISCRIMINACION CASUISTICA

Hasta la fecha ha habido en Pto. Rico alguna disparidad de criterio en cuanto a las cifras que en la isla representan la normalidad de eritrocitos por mm. c. y de hemoglobina por 100 cc. de sangre. Castle y Rhoads (3 y 7) en sus investigaciones de la anemia del esprú y de la uncinaria. sis en Puerto Rico, y Suárez (8), en un estudio clínico de la uncinariasis, usaron como "standard" o norma las cantidades normales de glóbulos rojos y hemoglobina obtenidos en estudios en Estados Unidos y el extranjero. Torgerson, (9), en una comunicación sobre la presión sanguínea en Puerto Rico, informa-como hecho establecido-que las personas que han vivido en los trópicos por largo tiempo, tienen un contaje de eritrocitos alrededor

de 3,500,000 por mm. c. y acepta esa cantidad como la normal. Comenta además. los estudios hematológicos de 100 pacientes admitidos al hospital cuvo promedio de eritrocitos fué también de 3,500,000. No indica en su comunicación el promedio de la hemoglobina en esos pacientes, aunque refiere que el diez por ciento de ellos tuvierou una hemoglobina de menos del cincuenta por ciento. En cambio, Pons (6), cree que el contaje normal de glóbulos rojos y el porcentaje de hemoglobina no es menor en Puerto Rico que en otras partes del mundo, basándose en un estudio también de casos hospitalizados. Al estudiar de su serie los casos notoriamente auémicos y que arrojaban un cómputo total de menos de 2,000,000 de eritrocitos, sus cifras alcanzaron a: eritrocitos, 4,059,000; hemoglobina, 71.56%; y en 96 casos privados fueron: eritrocitos. 4,223,000 y hemoglobina 79.2%. Nos pareció por consiguiente, importante el estudiar antes que nada, con métodos exactos, un número de personas que estuvieran gozando de aparente buena salud, todas nativas de la isla y con residencia por muchos años en Puerto Rico, para tratar de establecer el "standard" de la normalidad de la isla.

Estudiamos un total de 50 nativos, 30 varones y 20 hembras, todos adultos y cuyas edades varían entre 19 y 40 años, de color blanco, y entre los varones, algu nos soldados jóvenes del campamento de ciudadanos, y empleados de oficinas; las mujeres oficinistas y jóvenes estudiantes de la Universidad de Puerto Rico.

Es conveniente aclarar, que los resultados obtenidos por nosotros en el estudio de los casos normales no representan, a nuestro juicio, el "standard" hematológico del "average puertorrican". Tuvimos cuidado al escoger nuestros casos de eliminar aquellos que, aunque aparentemente en buen estado de salud, estuviesen padeciendo de parásitos intestinales, de hemorroides sangrantes, de malaria, de hematuria, etc. Nuestros casos son representativos de las clases más acomodadas de nuestra población, que viven bajo condiciones higiénicas y reciben una alimentación adecuada. Nuestras cifras representan, por lo tanto, el "standard" normal del puertorriqueño en buen estado de salud.

Presentamos 22 casos de esprú, de los cuales son 11 varones y 11 mujeres. Todos estos son casos típicos de esta enfermedad, la mayor parte de ellos desnutridos y hasta caquécticos. Las cifras que aparecen al lado de cada uno fueron obtenidas al empezar la observación y tratamiento de los enfermos.

De uncinariasis estudiamos 19 casos, 16 varones y 3 hembras, muchos de los cuales sufrían de infestación masiva y todos considerados clínicamente como casos avanzados de la enfermedad. Estos casos fueron ya informados (8) y hemos eliminado, por razones que daremos más adelante, algunos casos que presentaban el cuadro de anemia perniciosa (*)

De malaria presentamos 16 casos en adultos, de los cuales 8 eran del tipo Vivax y 8 del Falciparum.

Conservábamos en nuestros archivos estudios completos con el hematócrito de 3 casos crónicos de bilharziosis, pero nos

^{*} Al revisar nuestras cifras en los casos de uncinariasis notificados anteriormente, pudimos notar que existe en algunos de ellos discrepancia entre la cantidad de hemoglobina en gramos y el porcentaje, y queremos informar que los números que representan el porcentaje están todos correctos y que ese error no altera en absoluto los resultados y conclusiones a que llegamos entonces.

trasladamos a Guayama y allí el Dr. P. Bonelli puso a nuestra disposición en el Hospital Municipal, 9 casos crónicos de varios aŭos de enfermedad: de éstos solo dos estaban aparentemente curados, en cuanto a que habían recibido un tratamiento intensivo, y los otros, aunque bajo tratamiento, seguían padeciendo de ataques periódicos de diarrea, dos de los cuales presentaban, además, infarto del bazo y ligero derrame seroso del peritoneo como prueba de haber entrado va en el tercer estado cirrótico de la enfermedad, que es cuando se presenta en ellos. de acuerdo con observaciones ya publicadas por Bonelli (2) v otros investigadores, el llamado síndrome de Banti. Presentamos un total de 12 casos de bilharziosis, todos en varones.

Los casos de lepra estudiados fueron 17, todos recluídos en el Leprocomio Insular. El diagnóstico en cada uno de ellos ha sido previamente confirmado por el examen microscópico del exudado nasal. Todos son casos de la forma nodular o mixta. No hay en la serie ni un solo caso de la forma anestésica pura.

IV. INTERPRETACION DE RESULTADOS.

Casos Normales. — En este estudio hematológico de 30 sujetos varones en apareute buen estado de salud, hemos observado que la hemoglobina oscila entre 13.4 gms. por 100 cc. (92%) y 15.8 gms. (109%) lo que dá un promedio de 14.5 gms. (100%). El cómputo eritrocítico por centímetro cúbico fluctúa entre 4,090,000 y 5,830,000 con un promedio de 5,064,300; el volumen celular después de centrifugar los eritrocitos suele ser de 35.5 (centímetros cúbicos por 100 cm. c. de sangre) a 49, con un promedio de 41.5.

Estas cantidades se asemejan bastante a las que Wintrobe (10) considera normales, a saber: eritrocitos 4,780,000; hemoglobina 13.9 gms. por 100 c. c. y sedimentación celular 41.1 cm. c., y a las encontradas por Turner (10) que son; hemoglobina 14.5 gms. por 100 c.c. (100%); 5,500,000 de eritrocitos, y volumen celular de 43.

Comparemos ahora los resultados de nuestro estudio hematológico en 20 mujeres uormales con los obtenidos por Wintrobe (11) en 50 jóvenes estudiantes residentes en un clima subtropical (Louisiana). En Puerto Rico, el promedio de eritrocitos por mm. c. fué de 4.602,250, la hemoglobina de 12.5 gms. (91.2%), y el volumen sedimentario de 40.5 cm.c. por 100 cm.c. de sangre. Las cifras de Wintrobe fueron como sigue: 4,930,000 glóbulos rojos. 13.9 gms. de hemoglobina por 100 cc. y 39.5 cm.c. de sedimento tras centrifugación.

Analizando los resultados del estudio de este número limitado de casos, encontramos en nuestras mujeres un cómputo eritrocítico normal, un muy ligero aumento en el volumen celular y una ligera disminución en la cantidad de hemoglobina.

Los promedios de los distintos índices y medias tanto en los varônes como en las mujeres están dentro de los límites normales. (Tablas Nos. 1, 2 y 3).

El promedio del cómputo de leucocitos fué de 5,400 por m. c. en el sexo masculino y de 7,530 en el femenino. En el cómputo diferencial obtuvimos 56.1% de neutrófilos en los varones y 60.6% en las hembras, los linfocitos 35.9% en las mujeres y 35.7 en los varones. Los eosinófilos 3.76% en las primeras y 4.05% en

Tabla No. 1.—Premedio de Valores Hemáticos Obtenidos.

The as done are and also name as straight at mental of days about the material

		1	
	1111	1 = 1	
	de sibell noisentración ssinidolgomen	32.4	30.1 23.2 30.86 31.2 33.2
	sibəl/ kərindəmuloV səinidəlgəməd	28.7	44.7 17.7 27.84 30.4 26.4
	Afedia Volumétrica celulat	88.5	137 77.6 85.24 97.2 79.7
	nòiseruta2 ab	0.92	0.86 0.7 0.88 0.95
Indice	opirtèmulo V	0.97	1.57 0.89 1.04 1.15 0.92
	ooirtèmiroloO	0.89	1.32 0.58 0.91 1.05 0.88
	Eritrocitos Apilados (Sedimento tras centrifugación)	40.5	24.8 34 32.3 36.2
	Millones de eritrocitos por MM. C.	4.60225	1.76953 3.295 3.8 3.3216 4.59941
Hemoglobina	Porciento	91.2	50.1 39.2 79.62 69.8 82.8
Hemo	Gms, x 109 cc.	12.5	7.26 5.77 10.84 10.1
	Numero de casos	3 %	20 16 17 17
		CASOS NORMALES Hembras	ESTAIDOS PATOLOGICOS Esprú

Tabla No. 2.—Estudio Hematológico de 20 Casos de Mujeres en aparente buen estado de salud.

20	19	18	17	16	15	14	13	12	Ξ	10	9	00	7	6	ů,	4	ಲು	2	_		Núm.	
	_							14.1							_			13.7	12.7	, -	Gms. x 100 c. c.	Hemo
96	100	8	90	8	97	92.5	91	97	87	76				98.			106	95	88		Porcentaje	Hemoglobina
4.68	4.61	4.12	4	4.71	1.46	4.73	4.51	5.14	4.63	4.1	4.9	4.46	4.13	5.31	4.28	4.88	5.57	4.77	1.025		Cómputo en Millones por cc.	Eritrocitos
104	100	91.5	88.8	104.6	99.1	105.1	100.2	114.2	102.8	91.1	108.8	99.1	91.7	118.6	95.1	108.4	123.7	106	89.4		Porcentaje de lo normal	citos
42.5								40		_						_	_			,	Volumen	Sedimen Centrif
103.6	103.9	91	94.6	100.2	102.4	91.6	92.2	97.5	100	92.7	101.7	92.2	102.1	97.5	101.8	102.4	99.9	102.4	98.7		Porcentaje de lo normal	Sedimento Tras Centrifugación
0.92	1.0	0.98	1.01	0.87	0.97	0.89	0.9	0.84	0.84	0.83	0.65	0.82	0.90	0.83	1.04	0.84	0.85	0.89	0.98	, (Colorimétrico	
0.99	1.03	0.99	1.06	0.97	1.03	0.9	0.9	0.85	0.97	1.01	0.93	0.93	1.11	0.82	1.10	0.91	0.85	0.96	1.10		Volumétrico	Indice
0.92	0.96	0.98	0.95	0.9	0.94	0.97	0.98	0.99	0.87	0.81	0.69	0.88	0.81	1.01	0.94	0.89	1.06	0.92	0.89]	De Saturación	
90.7	92.4	90.5	97	87.2	91.1	82	83.8	77.8	88.5	92.6	85.1	84.7	101.6	74.9	100.4	86	73.5	SS SS	100.6	1	Media volumétrica celular (micras cúbicas)	
29	31.4	31.5	32.5	28.2	31.6	28.1	29.2	27.4	27.6	26.5	21	26.6	29	26.5	33.7	27.4	27.6	28.7	31.5	1	Media hemoglobínica co (microgms.)	elular
30.1	34	34.8	33.5	32.3	33.6	34.2	34.9	35.2	31.2	28.6	24.7	31.4	28.5	ئ ئ ن	33.6	31.9	37.5	32.6	31.3		Media de Concentra- ción hemoglobínica (Porciento)	
6.2	4.85	6.3	8.2	8.45	8.15	12.75	6.6	1	-	5.2	5.9	6.2	6	12.4	1	1		9.15	6.3		Cómputo en Millares por cc.	
30	30	<u></u>	41	32	32	36 —	30							57				40	<u>ي</u>	I	Linfocitos	
ı	0	0	0	0	0	0	0							0				0.5	1	F	Basófilos	Leuc
	44	7	2	51	6	4	2							1.6				ယ	ယ	F	Eosinófilos	Leucocitos
68	19	59	హ్	61	60	56	67							41.1				55	63	1	Veutrófilos	
2	22	-	14-	2	2	14								0				1.5		7	Ionocitos	
																				1	falaria	

Tabla No. 3.—Estudio Hematológico de 30 Casos de Varones en aparente buen estado de salud.

		·		.—.													_	_							
	sitsls.M.			1	1 1	1	1			1			1	1		1	1	1	1	1	1			-	
	soficonol	70	. 0	4-	0	0	00	0	0	0.59	2.2	0.8	4	رم د	- -	0	0	0 :	> c	-	> \(\frac{1}{2}\)	t C	· 00	3.8	1
	Neutrófilos	69	12.5	02.5	57.6	53.5	35	: E3	19	55	46.2 57.6	74.7	33	50 0	3 %	50	37.5	33	65.3	7. 2	 8 &	58	75	52.4	58
Leucocitos	solfteniso A	00	- -	0 -	17.8	0	o ₹	-	2	7.69	00.00	2.6	2,	c	. ro		11.5	21 0	710	0.0 0.0	00	1	1	2.8	-
Leu	solflòssरी	00		00		1.7	00	0	0	0) c	0			· ·	0	0			> <	>	0	-	0.5	
	Linfocitos	35 ES	25	46	24.5	44.6	3 6	46	37	36.6	31.9	21.7	40	00 22 42	27	40	$\frac{51}{20}$	27.0	99.10	49	1 C!	46	27.5	40.1	8
	Cómputo en Millares por cc.	9.2	7.5	7.25	2.05	C) 4	41 70 50 -11	6.1	5.95	6.75	9.7	5.5	4.05	o. 4	8.9	5.1	9.7		9.65	21.4	5.5	5.6	4.6	8.15	3.6
	Media de Concentra- ción hemoglobínica (Porciento)	34.7	33.1	25 52 24 52 24 52 24 52	28.5	60 60 60 60 60 60 60	20 80 20 75 21 75	33.9	35.2	35.0	31.1	32.1	9. g 10. g	0.1.0 0.700	33.6	555	31.5	27.70	37.1	346	34.3	34.5	35.2	234	55
elula	Media hemoglobinica c (microgms.)	28.3	27.2	2 58 3 55 3 55	26.6	27.00	29.2	28.8	56	23.1	26.4	28.3	32.5	28.9	30.9	29.4	20.00	21.0	29.6	28	30.3	29.5	33.2	28.7	6.02
ılar	Media Volumétrica celu (micras cúbicas)	81.5	82.1	20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 2	69	S2.7	82.4 - 1 .28	84.9	20.00 0.00	20.5	77.3	87.1	94.2	80.6	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	77.5	91.4	688	2.62	08	88.2	84.6	92.9	27.5	14.0
١	De Saturación	1.01	0.95	1.15	1.1	0.96	1.02	86.0	1.02	 	0.99	0.94	1.01	1.05	0.99	1.08	1.0	1.10		10.1	1.0	1.0	96.0	1.15	0.37
Indice	Volumétrico	0.97	0.97	0.87	0.82	0.98	0.98	1.01	0.87	0.95	0.92	1.03	1.11	0.95	1.08	0.93	0.1	10.02	0.95	96.0	1.05	1.01	1.10	1.00	0.37
	Colorimétrico	0.98	0.93	0.93 1.07	0.92	0.95	1.0	0.99	0.89	0.96 1.96	0.91	0.98	1.12	5.0	1.07	1.02	0.1	1.00	1.00	26.0	1.05	1.01	1.13	0.99	0.09
edimento Tras Centrifugación	Porcentaje e lo normal	20.0	96.1	9 8.88 2.100	87.6	 G S	 03:86	105	95.2	8.33 	107	110	109	100	107	97.6	101		128	08.8	112	100	90.4 €	94.2	100.1
Sedime	Volumen	27.53	40.1	30 O	36.8	39.9	37.8 29.4	43	40	39.4 P. 00.5	45.1	46.2	46	- G	45.2	41.2	16.25	60.05 f of	2 C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	1 5	47.1	12	%: %:	28.58	42.0
citos	Porcentaje de lo normal	103	98.4	107	106	96.4	115 95.6	101.2	108.4	98.2	116	106	97.6	105 104 9	98.2	105	101	105	106	103	901	99.2	81.8	94.2	111.8
Eritrocitos	Cémputo en Millones per ce.	5.15 4.88	4.92	5.39	5.33	4.82	5.79 - 4.78	5.06	5.42	16.4 - 66.4	2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2	5.3	4.88	5.13	4.91	5.29	90.0	97.7		10.10	5.31	4.96	4.09	4.69	1 4.7.0
Hemo- lobina	Porcentaje	101	92	106	86	95		100.5	97.5	95	106	104	110	105	106	108	101	500	100	60	112	1001	94	93.5	103
Hemo	Gms. x 100 c. c.	14.6	13.4	15.4	14.2	13.4	13.7	14.6	14.1	13.8	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	15	15.9	15.6	15.2	15.6	14.6	13.4	ا ا ا ا ا ا	14.4	16.2	14.5	13.6	13.5	14.9
	.mùV.	1 6	1 60	4 10	 0 0	1~ (တ္	10	11	12	ا ا ا	15	91	72	19	50	21	77	253	200	98	27	- 28	29	20

los segundos. No investigamos la reticulocitosis en los casos normales. Esta fase de nuestro estudio fué objeto de rigurosa investigación practicada por el Dr. Ashford (1).

Aparentemente existe una linfocitosis relativa en los sujetos normales.

Es; ru.—Como ya hemos dejado apuntado, las cifras que aparecen al lado de cada
uno de los 22 casos de esprú (Tabla No.
4) son las obtenidas al empezar mestras
observaciones. Los exámenes de sangre
se repetían semanalmente, observando de
esta manera, como, bajo la acción del tratamiento, va cambiando gradualmente el
tipo de anemia hasta convertirse en normocítico y a veces ligeramente hipocromático. Estos dates han sido omitidos en
este trabajo.

La hemoglobina varía entre 2.5 gms. (17%) y 10.8 gms. (75%), con un promedio de 7.26 gms. (50.1%). El cómputo de eritrocitos oscila entre 690,000 y 3,060,000 por mm.c. El sedimento celular, entre 7.3 y 38.8 cms. por 100 cc. de sangre, con un promedio de 24.8. El índice colorimétrico, entre 0.75 y 2.19 con 1.32 de promedio, el índice volumétrico de 1.14 a 2.82, con un promedio de 1.57, y el promedio del índice de saturación es de 0.86. La media volumétrica celular, en todos los casos pasó de 104 micras cúbicas y llegó en uno hasta 257 micras, con un promedio de 137 micras cúbicas. El promedio general de la media hemoglobínica celular alcanzó los 44.7 microgramos y el de la concentración hemoglobínica 30.1%. Los leucocitos fluctúan entre 1,550 y 8,000 por mm. c., con un promedio de 3,120 leucocitos por mm. c. Los reticulocitos (antes de empezar el tratamiento) están entre 0 y 6 por ciento, con un promedio de 0.59%.

Hemos observado que en casi todos los casos de esprú, aquí estudiados, aun en aquellos en que el índice colorimétrico es de 0.75, el índice volumétrico sobrepasa la cifra de 1.32 y la media volumétrica celular, siempre alta, marcha correlativamente con el índice volumétrico. En todos los casos en que aquella es mayor de 104 micras cúbicas, también es alta la media hemoglobínica celular (44.7 microgramos); en cambio, son relativamente bajos el índice de saturación (0.86) y la media de concentración hemoglobínica (30.1%).

Exceptuando un solo caso que nos dió un cómputo leucocitario de 8,000 por mm. c., podemos decir que a los casos avanzados de esprú les acompaña lo mismo que en la anemia perniciosa, una leucopenia que oscila alrededor de 3,000 glóbulos blancos por mm.c.

Uncinariasis.—Al examinar la tabla de los resultados obtenidos en los 20 casos de uncinariasis (Tabla No. 5) observamos que todos tienen un índice colorimétrico muy bajo; entre 0.35 y 0.85, promedio de 0.58. Relativamente bajo también está el índice volumétrico, llegando solo en un caso hasta 1.27; en ninguno alcanza la cifra de 1.57, obtenida en los casos de esprú y el promedio general fué también menos de 1 (0.89).

El índice de saturación de 0.70 es bajo. La media volumétrica celular varía entre 56 y 106 micras cúbicas, con un promedio de 77.6. También es bajo el promedio entre la media hemoglobínica celular (17.7 microgramos) y la media de concentración hemoglobínica (23.2%). El cómputo leucocitario, en cambio, fué normal: (6.700 por mm.c.). No se hicieron contajes diferenciales; el promedio de reticulocitos fué 1.22 por ciento, un poco mayor que el obtenido en el esprú.

	Reticulocitos		0 3		0	0	0	0	0.5	1.2	21	0	0	1.2	0.4	0	0		· ·	0	0	0.4	0
	sitelsl				1	1	1	1	1	1	1			1	-	-		1		1	1		
	sotioonoK	ı	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Zeutrófilos		1		1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	-		-		1	1	1	1	1
citos	solftoniso H		.				1		1	1		1			1	1	1	1	-		-	-	1
Leucocitos	solflòssA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	!	1	1	1	1	1		1	1
	Linfocitos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Cómputo en Millares por cc.	4.35		4	3.06	3.2	ಣ	2.05	2.8	9	2.6	4	4.4	3.6	1		2.9	1	5.1	4.8	3.4	œ	1.55
	Media de Concentra- ción hemoglobínica (Porciento)	35.1	45.2	31	25.5	22.7	29.3	33,4	32.6	18.6	34.1	17.8	33.2	31.5	25.5	27	38	30.0	36.6	45.2	.56	21.6	34.2
elular	Media hemoglobinica co (microgms.)	10.7	51.6	54	35.1	33.2		50	41.4	21.5	49.6	32.2	48.3	35.7	11.2	32.3	65.0	31.9	43.2	57.3	34.6	31.7	36.2
	Media volumétrica celular (assidùs exibicas)	115.8	114	172	137.3	146.3	8.401	140.1	126.9	115	145.3	180.5	1.65.1	113.2	161.6	119.6	165.1	101.6	118	126	133	116	10.5
	De Saturación	1.0	1.28	0.59	0.72	99.0	0.85	0.91	0.91	0.55	0.96	0.52	0.00	0.91	0.75	92.0	1.11	0.86	1.01	1.27	0.74	0.62	0.98
Indice	ooirtèmuloV	1.27	1.25	2.85	1.50	1.74	1.24	1.6.1	1.51	1.36	1.59	2.14	1.72	1.36	1.92	1.31	1.96	1.11	1.29	1.39	1.46	1.74	1.25
	osirtèmitolo	1.27	1.60	1.65	1.09	1.14	1.00	1.54	1.42	0.75	1.54	1.11	1.67	1.23	1.43	1.0	2.19	0.99	1.35	1.77	1.07	1.08	1.23
nto Tras ugación	Porcentaje de lo normal	52	41.4	74.1	23.2	85	62.4	61.2	57.1	54.7	38.2	77.3	72.3	73.9	65.3	89.5	35.	71.7	71.9		66.5	45	17.3
Sedimento Tras Centrifugación	Volumen	21.32	17	20.4	13.6	35.7	26.2	25.1	2.1	23	15.7	32.5	30.4	30.7	28.8	36.6	11.1	29.4	29.5	19	27.3		7.3
Eritrocitos	Porcentaje de lo normal	40.8	33.1	26.2	22	48.8	50	37.3	37.8	40	24	36	41.8	51.2	48	89	17.8	62.6	55.5	33.3	45.5	25.8	13.8
1	Cémputo en Millones por cc.	1.84	1.49	1.18	0.99	2.41	2.5	1.68	1.89	2.0	1.08	1.8	2.09	2.71	2.4	3.06	0.89	2.85	2.5	1.5	2.05	1.29	0.69
lobina	Porcentaje	52	53	11	21	56	523	58	10	30	50	01	20	29	69	89	39	62	75	5.9	49	28	17
Hemoglobira	Gms. x 100 c. c.	7.5	7.7	6.38	3.48	8.12	7.7	8.4	7.83	4.3	5.36	5.8	10.1	9.7	9.6	9.6	5.6	0.6	10.8	8.6	7.1	4.1	2.5
	.mùV	1	2	ಣ	4	20	9	1~	00	6	10	11	12	13	14	15	91	17	18	19	20	21	22

Tabla No. 5.—Estudio Hematológico de 20 Casos de Uncinariasis.

	Reticulocitos	0	0.3	ಣ	#	0	0	0	3.0	62	2	21	0	ෆ	©1	1.3	5.1	0	0	-	2
	Malatia						1		1		1	1		1	1	1	1				
	Monocitos																				
	Neutrófilos		1	1		1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	-	1	1
Leucocitos	Eosinófilos		1		1	1	1		1	1		1	1		1		1	!	 -	1	1
Leuc	eolflòse {																				
	Linfocitos	1	1	1	1	1		1	49-14	; -	1	-	İ	1		1	1	-	1		1
	Cómputo en Millares por cc.	1	1	1	5.6	5.9	9.0	8.9	5.2	7.0	10.	7.0	8.9	5.4	0.9	0.9	9.9	5.84	5.5	1	9.7
	Media de Concentra- ción hemoglobínica (Porciento)	16.9	22.1	24.2	26.9	26	26.9	27.1	21.5	17	20.6	17.1	21.1	20.3	61	15.2	27.6	27.6	25.8	35.6	23.6
aelula	Media hemoglobínica ce (microgms.)	15.2	18.5	14.6	15.1	18.3	16.2	17.1	17.8	14.6	15.4	18.3	16.5	16.1	22	10.3	21.7	20.5	21.3	20	19.2
	Media volumétrica celular (micras cúbicas)	06	84	60.3	56	70.5	60.2	63.2	82.9	85.6	7.1.7	106	78.2	79.5	100	67.7	9.68	73.1	93.9	56	81.5
	De Saturación	0.51	0.64	0.69	0.78	0.75	0.76	0.78	0.62	0.49	09.0	0.19	0.59	0.59	98.0	0.44	08.0	0.79	0.76	0.78	0.67
Indice	Volumétrico	1.07	1.0	0.72	0.66	0.84	99.0	0.75	0.98	0.91	0.88	1.27	0.85	16.0	1.18	0.81	1.06	0.92	0.65	99.0	1.07
	Colorimétrico	0.51	0.64	0.49	0.52	0.63	0.51	0.59	0.61	0.46	0.53	0.63	0.51	0.55	0.76	0.35		0.73		0.52	0.67
Sedimento Tras Centrifugación	Porcentaje de lo normal	77.3	202	55	57.3	45	#.e.	72.3	78.5	29	9	76.2	58.7	13	39	25	47.3	57.6	40.1	57.3	71.6
Sedimer	Volumen	32.5	29.4	23.1	24.1	18.9	30.1	30.4	33.0	27.5	18.9	32	21.1	31.5	16.4	10.5	19.9	24.2	17	21.1	29.5
Eritrocitos	Porcentaje de lo n ormal	72.2	202	9.92	98	53.6	111.11	96.2	9.62	71.3	50.6	09	63.4	79.2	32.8	31	11.4	62.2	62	98	71.6
Eritre	Cómputo en Millones por cc.	3.61	3.5	3.83	4.3	2.68	5.0	4.81	3.98	3.21	2.53	3.0	3.08	3.96	1.64	1.55	2.23	3.31	1.81	4.3	3.58
Hemo- globina	Porcentaje	39	45	38	45	3.1	56	22	49	93	27	38	35	44	25	11	38	46	31	45	48
Hemo- globina	Gms. x 100 c. c.	5.5	6.5	5.6	6.5	4.93	8.12	8.26	7.1	4.7	3.9	5.5	5.1	6.38	3.62	1.6	5.5	6.7	4.4	8.6	6.9
	.mùV.	7	22	ಣ	चा	ಸಾ	9	7	00	0	10	Ξ	12	13	T	15.	16	17	18	10	20

En la uncinariasis, según comunicamos hace algún tiempo (8), la anemia es típicamente hipocromática y moderadamente microcítica.

Malaria.—Estudiamos 16 casos, (Tabla No. 6) todos en adultos, de los cuales 8 sufrían de infecciones con el plasmodium vivax y ocho con el falciparum.

Los primeros siete que aparecen en la tabla demostrativa No. X, eran casos crónicos, sujetos que habían padecido la enfermedad durante varias semanas o meses, con ataques repetidos. Los otros nueve, son casos de malaria aguda, individnos bajo tratamiento en los cuales la fiebre había cedido en pocos días a la administración de quinina. Los casos crónicos presentaban, casi sin excepción, una anemia bastante profunda se tipo ligeramente hipercromático, con una tendencia hacia la macrocitosis.

Los valores hematológicos más bajos, los obtuvimos en el caso No. 5, que tenía solo 15% de hemoglobina, 1,500,000 eritrocitos por mm.c., volumen celular de 10.5, índice volumétrico de 1.19 y media volumétrica celular de 100.

En el grupo de casos crónicos, el índice volumétrico más alto fué de 1.24, el más bajo de 0.99, igualmente la media volumétrica celular más alta fné de 112.9 y la más baja de 86. Los casos agudos de malaria por regla general, no presentan el cuadro evidente de una anemia. En uno de nuestros casos agudos, la hemoglobina alcanzó la cifra de 110% y el cómputo de eritrocitos pasó de 5,000,000. En este grupo el caso más pronunciado de anemia dió 63% de hemoglobina y 3,700,000 de glóbulos rojos. El promedio de los valores hematológicos obtenidos en los 17 casos bajo estudio, presenta las características de nna anemia normocítica, y se queda "pari-passu" entre los casos de esprú y los de uncinaria.

Bilharziosis.—Aunque es ésta la primera vez que en Puerto Rico (y quizás en el mundo) se estudie la sangre de los bilharziósicos por el método de Wintrobe, ya González Martínez (4) había en 1917 llamado la atención al hecho de que la enfermedad no determina marcada anemia.

En nuestros casos observamos una moderada anemia (Tabla No. 7) con promedios de 10.1 gms. (69.8%) de hemoglobina v 3,321,600 eritrocitos. Los índices colorimétricos y volumétricos ligeramente aumentados: 1.05 el primero y 1.15 el segundo. El promedio de la media volumétrica celular: de 97.2 micras cúbicas. En ninguno de los casos estudiados fué el índice volumétrico menor de 1. En tres casos (Nos. 1, 8 y 9) la media volumétrica celular, sobrepasó la cifra de 100 micras cúbicas. Los tres casos presentaban el cuadro hepato-esplenomegálico del tercer estado de la enfermedad. En sólo dos casos (Nos. 11 y 12) fué la media volumétrica celular menos de 90. Podemos clasificar esta anemia a juzgar por las cifras promedios, como moderadamente macrocítica.

El estudio leucocitario, sí resulta de mayor interés en los esquistosomiásicos. El cómputo total se mantuvo entre 2,350 y 10,100 por mm.c., con un promedio de 5,833. Hay por lo tanto, una moderada leucopenia, aunque no tan marcada como la descrita en los casos de esprú. La eosinofilia osciló entre 2% y 22.6% (promedio de 10.4%) lo cual, a nuestro juicio, constituye un dato muy significativo en hematología. Los reticulocitos dieron un 0.88 por ciento de promedio general.

Lepra.—En términos generales, la anemia no es factor de importancia en la le-

Tabla No. 6.—Estudio Hematológico de 16 Casos de Malaria.

	Reticulocitos		1		1	1	1	1	1	1	1	1		l	l	1	1
	sinslald	>	H	F	ĮT.	Ľ.	ĬT.	>	^	Ţ,	Œ	>	>	>	>	>	(L
	Monocitos	1	-	12	1	1	9	4	1		ı	1	1	1	1	1	1
	Neutrófilos	70	53	09			73	74	55		59	57	32	50.	52	51.5	42
Leucocitos	Eosinófilos	00	2	1	1	1	-	2	1		1	2	-	4	4	10	9
Len	Basófilos		1	1	-1	1	I	1	1	1	1	1	1	1	I	1	1
	Linfocitos	27	4.1	28	1	1	50	20	45	1	41	41	11	13	44	13.5	52
	Cómputo en Millares por cc.	3.9	4.85	4.95	4.1	1.1	6.3	6.5	1.65	1	5.5	2.3	2.6	3.35	2.1	3.15	3.0
	Media de Concentra- ción hemoglobínica (Porciento)		38.8		22.8	50	31	33.9	29.9	32.6	31.3	33.1	28.9	33.6	31.5		33.3
telula	Media hemoglobinica o la loca de	28.3	35.2	21.4	20.1	50	35.1	36.6	23.6	23.6	24.4	22.6	27.5	33.0	28.5	31.2	34.4
	Media volumétrica celular (micras cúbicas)	86	9.06	2.06	& &	100	112.9	8.701	82.3	72.4	71.0	68.2	95.0	98.2	90.4	92.3	103.2
	De Saturación	0.95	1.12	99.0	99.0	0.00	0.87	0.96	.85	.91	1.00	. 92	8.	.97	.97	86.	96:
Indice	Volumétrico	1.02	1.07	0.00	1.04	1.19	1.24	1.18	- 66:	-80 	.84	.81	1.13	1.17	1.08	1.10	1.23
	Colonimétrico	0.97	1.21	99.0	69.0	0.71	1.08	1.11	17	.72	€.	.75	.95	26.	SS.	1.08	1.19
Sedimento Tras Centrifugación	Porcentaje de lo normal	83.8	80.9	09	33.3	25	93.4	8.92	7.1.2	79.3	81.1	72.6	116.9	105	97.5	112.3	111.9
Sedimer	Volumen	35.2	31	24.6	1.4	6.01	38.3	31.5	30.45	32,55	31.1	30.5	49.1	÷1.1	10.95	5:5	17
1	Porcentaje de lo normal	81.8	15	60.2	31.8	21	75.3	61.8	82.2	66	96	89.4	103.1	8.68	90.06	105.2	16
Eritrocitos	Cómputo en Millones por cc.	4.09	3.75	2.71	1.59	1.05	3.39	2.05	65	4.49	8:8	4.47	5.170	4.49	4.53	5.11	4.55
Hemoglobina	Porcentaje	- 08	16	40	22	15	82	74	63	72	81	67	86	105	68	110	108
Hemo	Gms. x 100 c. c.	11.6	13.2	5.8	3.2	2.1	11.9	10.7	9.1	9.01	11.7	10.1	14.4	14.8	12.9	15.95	15.66
	.mùN	-	2	က	T	10	9	1-	∞	6	10	11	12	13	14	15	16

Tabla No. 7.—Estudio Hematológico de 12 Casos de Esquistosomiasis.

	Reticulocitos		ļ	1	0	0	¢1	0	0	C1	0	₩.	0
	sirslaM	1	1	1		1	-	1	1	1	1	1	
	201150no?l		0	0		1.2	0	4.7	0	0	2.8	0	0
	solñòrtu9N	1	79	53	71.2	43.9	49.4	50	49.4	46.2	51.8	62.5	54
citos	solflònisoA	1	2	10	6.4	12.1	22.3	22.6	2.2	11.2	4.7	11.6	10
Leucocitos	Basófilos		0	0	0	1.2	1.2	9.0		0	0	0	0
	Linfocitos	1	19	37	21.2	41.4	22	22	47.2	42.5	40.5	25.8	36
	Cómputo en Millares por cc.	2.35	8.75	3.2	5.75	5.45	4.75	10.1	6.65	7.9	6.7	4.15	4.25
	Media de Concentra- ción hemoglobínica (Porciento)		30.7	30	29.8	30	30.6	32.8	42.8	32.7	28.1	34.5	27.6
alular	Media hemoglobínica c (microgma.)	37.5	29.7	27.2	28.8	27.7	32.3	30.6	43.5	42.9	25.3	29.6	24.5
	nledia volumétrica celular (micras cúbicas)	111	96.9	90.7	9.96	92.5	105	93.5	101	131	8	85.8	89
	De Saturación	0.94	0.89	0.87	0.85	98.0	0.88	0.93	1.18	0.95	0.82	1.01	0.85
Indice	Volumétrico	1.32	1.15	1.07	1.15	1.10	1.25	1.11	1.22	1.56	1.07	1.02	1.05
	Colorimétrico	1.2	1.25	0.93	0.98	0.95	1.11	1.03	1.45	1.49	0.88	1.03	0.86
Sedimento Tras Centrifugación	Porcentaje de lo normal	23.3	106	104.7	110	47.6	20	06	2.09	95.2	105	17.6	63.8
Sedime	Volumen	9.8	44.6	11	16.2	20	29.4	37.8	25.2	0f	14.1	50	26.8
	Porcentaje de lo normal	17.6	92	97.6	95.6	43.2	55.6	80.8	49.6	61	98	16.6	60.2
Eritrocitos	Cómputo en Millones por cc.	0.88	4.6	4.85	4.78	2.16	2.78	4.04	2.48	3.05	4.9	2.33	3.01
Hemoglobina	Porcentaje	22	95	91	94	41	62	84	72	91	98	48	52
Hemo	Gms. x 100 c. c.	3.3	13.7	13.2	13.8	9	6	12.4	10.8	13.1	12.4	6.9	7.4
	.mivN	1	থ	က	-	50	9	1	00	6	10	11	12

pra a juzgar por nuestras observaciones en 17 leprosos (Tabla No. 8). En un número de enfermos se contaron más de 5,000,000 de glóbulos rojos por muc., llegando el promedio general de critrocitos a 4,599,410. El promedio de la hemoglobina fué de 12 gms. (82.8%) y el del sedimento celular tras centrifugación de 36.2. Los índices fueron todos inferiores a los normales y la media volumétrica celular alcanzó a 79.7 micras cúbicas. Con estos datos podemos considerar la anemia de los leprosos como una anemia ligera, mas bien microcítica que hipocromática.

La lencopenia en los leprosos es tan notable o más que en los bilhárzicos, (5,100 por mm.c.), pero en cambio la eosinofilia llegó a 4.1% y la linfocitosis a 40.8%. No se contavon los reticulocitos.

V.—RESUMEN Y CONCLUSIONES:

1.—En Puerto Rico las cantidades de eritrocitos, de hemoglobina y los índices de sedimentación celular tras centrifugación, son en los varones en aparente estado de salud, iguales a las encontradas por otros investigadores en diferentes países.

En el sexo femenino, las cantidades normales se asemejan también a las de otros sitios, exceptuando, una ligera disminución hemoglobínica.

Podemos pues, aceptar como normas en Puerto Rico, las siguientes cantidades:

Majeres Hombres
Sedimentación celular
tras centrifugación 41 42
Eritrocitos 4,500,000 5,000,000
Hemoglobina 91% 100%

Tanto en las hembras como en los varones el total de lencocitos se asemeja al obtenido en otros países. La cifra por mm. c. fué de 7,535 para las hembras y 5,400 para los varones.

Los cómputos diferenciales demuestran la existencia de un ligero anmento en los linfocitos.

2.—Los casos graves de esprú, presentan una auemia profunda de tipo macrocítico bien marcado, similar a la de la anemia perniciosa o addisoniana y como ésta, va acompañado de una leucopenia considerable.

3.—La auemia en la uncinariasis intensa es_ttau profunda como en el esprú, pero de distinto tipo: notablemente hipocrómica y moderadamente microcítica.

4.—En la malaria, los promedios de los valores hematológicos obtenidos en los casos agudos y crónicos que fueron objeto de estudio, revelan las características de una auemia de tipo normocítico en la cual los promedios generales se quedan "pari-passu" entre los de esprú y los de uncinariasis. Los casos crónicos demuestran una auemia de tipo ligeramente hipercromático con una tendencia hacia macrocitosis. Los casos agudos no presentan evidencia de anemia, salvo en raras excepciones.

5.—En la equistosomiasis, la anemia es moderada con tendencia a la macrocitosis. Este aumento en el tamaño celular se resalta más en los casos que han entrado ya en el tercer período (hepato-esplenomegálico) de la enfermedad que se presenta acompañado de una leucopenia moderada y eosinófilia. El aumento en los eosinófilos constituye uno de los hallazgos más importantes en el estudio de la enfermedad.

6.—En nuestra opinión, la lepra no es nna enfermedad anemizante. Existe en ella, una ligera disminución hemoglobínica y moderada microcitosis, pero el cóm-

Tabla No. 8.—Estudio Hematológico de 17 Casos de Lepra.

11		,-		_	_													
	Reticulocitos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	sitelsIL	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1
	Nomocitos																_	
	solhòrtus.V.	57	49.5		55	53.5		55.5	54.5		63.5	51.5	49	58	64	08	54	30
Leucocitos	Eosinófilos	0.3	ιΩ	4	0.5	6	-	2.5	2.5	10	10	4	3.5	_	1	-	c2	2
Leuc	solftèsa ^c i		1	!	1	1	1	1	1	1		1	1	1	į į		1	1
	Linfocitos	38	45.5	42.5	41.5	37.5	40	45	43	39.5	25.5	41.5	47.5	gard with	36	18	약	89
	Cómputo en Millares por cc.	7.05	3.7	4.17	4.85	5.15	2.45	3.75	2.1	51	5.25	2.55	5.5.5	6.15	0.0	12.3	5.0	6,3
	Media de Concentra- ción hemoglobínica (Porciento)	31.9	65	32.7	32.5	29.7	36.3	32.4	31.9	34.9	37.4	35.6	550	30	29.5	31.9	36.7	31.4
telular	Media hemoglobinica c (microgme.)	23.5	23	28.0	29.1	8.92	30.1	23.6	31.1	28.6	28.4	27.1	23.1	23.8	21.1	31	27	23.1
	Media volumétrica celular (sasidis edicas)	73.6	6.02	85.9	89.4	06	82.9	72.7	83	82,1	15.8	75.9	6.69	26.62	71.7	97.3	73.5	74.6
	nèisatutas ed	6.0	0.0	0.93	0.81	0.86	1.03	0.95	1.00	1.01	1.08	1.03	0.96	0.87	0.85	0.00		0.89
Indice	Volumétrico	0.0	0.81	0.93	86.0	1.07	1.0	0.85	1.06	0.97	0.00	0.90	0.82	0.91	0.8.7	1.06	0.87	0.82
	Colorimétrico	0.73	0.81	0.88	0.89	0.95	1.03	0.81	1.06	0.99	0.97	0.93	0.79	0.82	0.72			0.73
ito Tras igación	Porcentaje de lo normal	1 .	93.7	87		97.5	81	84	91.19	88.5	67.3	98.7	- - - -	S2 25		98.5		
Sedimento Tras Centrifugación	Volumen	33.16	39.37	35.7	33.17	40.95	33.6	35.7	38.3	37.2	23.3	41.47	35.1	31.6	32.5	40.1	37.1	40.1
1	Porcentaje de lo normal	100	111	95.6	₹.						74.6		100.4	87.2	9.06	92.2	95.4	120
Eritrocitos	Cómputo en Millones por cc.	1.5	5.551	4.71	3.71	4.55	4.0	4.91	4.3	4.53	2.73	5.46	5.02	4.36	4.53	4.15	4.77	5.41
Hemoglobina	9įstn90104	73	06	82	17	84	84	80	92	06	73	102	08	72	99	89	68	88
Hemos	Gms. x 100 c. c.	10.6	13	11.7	10.8	12.2	12.2	11.6	13.4	13	10.6	14.8	11.6	10.4	9.6	12.9	12.9	12.7
	.miùV.	-	2	ಣ	4	2	9	~	90	6	10	11	12	13	14	15	91	17

puto eritrocítico permanece dentro de los límites normales. La anemia cuando existe, suele ser mas bien microcítica que hipocrómica. Hay también una leve lencopenia, sin eosinofilia; en cambio la linfocitosis relativa suele ser mayor que la que en este país se considera como normal.

REFERENCIAS

1- Achford, B. K.,

(1928) "Liver Extract in the Treatment of the Anemias of Sprue". P. R. Rev. P. H. and T. M. 4:78.

2-Bonelli, Pablo,

Analogía entre la Schistosomiasis Mansoni y la Enfermedad de Banti o Anemia Esplénica, Bol. As. Med. P. R. (1931) 23:251.

3-Castle, W. B. and C. P. Rhoads,

(1932) "Observations on the Etiology and Treatment of Sprue in Puerto Rico". J. A. M. A. 99:166.

4-González Martínez I.

(1919) Publicaciones e informes del Instituto de Medicina Tropical e Higiene de Puerto Rico. Neg. Mat., Imp. y Trans. San Juan.

5-Ottenberg, Reuben.

(1933) "Reclassification of the Anemias." J. A. M. A. 100 17:1303.

€--Pens, Juan A.,

(1931) "The Red Cell Count and Hemoglobine in Puerto Rico from an analysis of Hospital Cases". P. R. Jr. P. H. and Trop. Med 1931, 7:203.

7.-Rhoads, C. P. and W. B. Castle,

(1932) "Observation on the Etiology and Treatment of the Anemia of Hoockworm Disease in Puerto Rico". J. Clin. Inves. 11:809.

S-Suárez, R. M.,

(1933) "Clinical Aspects of Uncinariasis" P. R. Jr. P. H. and Trop. Med. 8:299.

9-Torgerson, W. B.,

(1929) "Blood Pressure Findings in Puerto Rico". P. R. Jr. P. H. and Trop. Med. 5:438.

10-Turner, Roy H.,

(1933) "Erythrocytes in Pellagra". Am. Jr. Med. Sc. 185:381.

11-Vintrobe, M. M.,

(1930) "Blood of Normal Young Women Residing in a Subtropical Climate". Arch of Int. Med. 45:257.

12-Wintrobe, M. M.,

(1930) "Classification of the Anemias on the Basis of Difference in the Size and Hemoglobine Content of the Red Corpuscles". Proc. Scc. Bio. and Med. 27:1071.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA PRACTICA DE LA MEDICINA Y RELACIONES DE MUTUA COOPERA-CION QUE DEBEN EXISTIR ENTRE EL CIRUJANO, EL ESPECIALISTA Y EL INTERNISTA *

JOSE S. BELAVAL, M. D. San Juan, P. R.

La aspiración primordial de todo médico discreto y honrado, dedicado con amor al ejercicio de su profesión, es necesariamente la de poder diagnosticar correctamente y tratar de una manera adecuada los padecimientos de sus enfermos, anteponiendo siempre el beneficio de éstos a su lucro e interés personal. La profesión médica en todas las épocas de la vida se distinguió y se distingue aún, por su alto espíritu altruista y desinteresado. Este atributo de la clasa médica, que le ha valido el respeto y admiración de la sociedad, constituve nuestro más caro patrimonio, y no podemos permitir que aviesos y bajos intereses comerciales de unos pocos vengan a empañar esta bien cimentada reputación, conquistada a costa de tan excelsos y continuados sacrificios.

Por desgracia, el curso progesivo de la civilización moderna ha traído consigo el desarrollo de ciertos factores de orden social y técnico que van haciendo cada día más difícil la existencia del médico, el cual está obligado a vivir en un plano social más elevado de lo que por regla general le permiten sus entradas profesionales,

El práctico antiguo completaba se equipo instrumental con el termómetro, el estetoscopio, la jeringuilla hipodérmica y acaso una pequeña bolsa de cirugía de urgencia; hoy día el médico moderno, si ha de prestar una mediana atención profesional a sus enfermos, se ve obligado a rodearse de un armamentarium complicado, exteuso y costoso, y adquirir los libros nuevos y las revistas médicas que constantemente aparecen en el mercado científico, tan necesarios para mantener al día su biblioteca, todo lo cual representa una seria inversión monetaria que merma de continuo sus entradas profesionales.

Por otra parte, las crecientes exigencias de un público más instruído, más consciente, reclamando razonables garantías en el diagnóstico y tratamiento de sus dolencias, dificultan, haciendo más compleja y de mayor responsabilidad la labor del médico tratante, el cual en justa defensa del éxito de su labor profesional, se ve obligado a requerir la cooperación asidua del laboratorio, del radiólogo, del especialista, etc., etc.

Como natural consecuencia de estos gastos a que se ve obligado y de la necesidad de requerir la cooperación de sus compañeros, el aumento del costo del tratamiento médico va haciéndose cada día más constante y oneroso para los enfermos, la mayoría de los cuales no pueden soportar, y muchos, por consiguiente, caen necesariamente como fáciles víctimas en mano de los innumerables charlatanes, que se multiplican y progresan

Leido ante la Asociación Médica de P. R. en su Asamblea Anual celebrada durante los días 11, 15 y 16 de diciembre de 1934.

de día en día a costa de la credulidad de los desgraciados, atraídos por los anuncios indecorosos pero sugestivos, que aparecen continuamente en las primeras páginas de nuestros diarios, o son difundidos por nuestras estaciones de radio, para escarnio y descrédito de la clase médica de nuestro pobre país.

El problema de la atención médica es serio, de enorme seriedad e importancia, y muy especialmente para todos aquellos que sabemos sentir y sufrir las miserias que afligen a la humanidad, y así tenemos que cargar como carga todo médico consciente de su misión, con el fardo creciente de un grupo de familias, nnas merecedoras quizás de nuestra nunca desmentida filantropía y otras a quienes, por consideraciones mal entendidas de antistad, rendimos nuestros profesionales sin compensación alguna; pero el fardo va haciéndose cada día más pesado y amenaza muy de cerca nuestra ya comprometida independencia material, a tal punto que es ya raro el facultativo que no se ve obligado a aceptar un puesto en el gobierno para poder librar medianamente su subsistencia.

Este problema médicosocial nos preocupa hondamente y precisa una pronta solución, que garantizando el tratamiento honrado del enfermo, armonice al mismo tiempo con nuestros intereses materiales. Las Cooperativas médicas, la Medicina por el Estado, los Seguros de enfermedad, la extensión de la Beneficencia Pública, etc., etc., son cuestiones todas ellas que han sido y están siendo estudiadas y discutidas, sin que hasta ahora se haya podido vislumbrar una solución práctica, que se acerque al ideal que perseguimos, cual es el tratamiento económico y efectivo de la clase media, de esa sufrida y desgraciada clase, que constituye un gran conglomerado de nuestra población, cuyas exigencias sociales aumentan cada día en razón inversa a sus entradas, y cuya educación y sentimientos no le permite acudir a las salas públicas de los hospitales de caridad, a pesar de no poder sufragar sin grandes sacrificios las erogaciones que supone una asistencia médica privada, y por tal motivo tiene que venir a depender del médico que tenga a bien ejercer con ella su caritativa misión.

No dudamos que, en ocasiones, persouas que podrían con relativa comodidad sufragar nuestros servicios facultativos, abusando sin escrúpulo alguno de nuestra proverbial filantropía, requieren nuestra atención profesional con la deliberada intención de no compensar debidamente nuestro trabajo; porque cierta clase de público tiene la firme creencia de que los médicos somos todos hombres de posición tan desahogada que no dependemos de nuestras entradas económicas para librar nuestra subsistencia, y así resulta que la cuenta del médico de familia es la última que se paga, cuando se paga. Nosotros somos en gran parte responsables de esta actitud, por carecer de suficiente energía y valor para rehusar nuestros servicios a cierta clase de personas, confirmando con nuestro proceder el dicho del insigne dramaturgo español contemporáneo, Linares Rivas, cuando afirma valientemente en su obra Cobardías que "los degenerados y poco escrupulosos viven de la cobardía de los hombres honrados". Tal se han puesto las cosas, a tal punto ha llegado nuestra desidia y abandono en este punto, que si seguimos en este plano inclinado y descendente llegaremos irremediablemente al desastre y nuestra clase dejará de ser

una profesión liberal y se convertirá en un proletariado académico y titulado.

Sabemos que la Asociación Americana a la cual pertenecemos, se opone a la socialización de la medicina; pero, yo no veo otra solución al problema de la asistencia médica a la mesocracia. que vive de modesto salario, sino la organización técnica, justa v razonable. por medio de una asociación cooperativa, en la cual el individuo asociado en estado de salud y ejerciendo un trabajo remunerado sea el que lógicamente pague los gastos del asociado enfermo e imposibilitado de ganarse su subsistencia. Sobre el modo y manera como podría llevarse a cabo la realización de esta empresa, sería un asunto a discutir con toda amplitud, pero que deberemos abordar valientemente, y cuanto antes, pues a ello tendremos que llegar irremisiblemente, tarde o temprano, porque nos lo imponen la defensa legítima de los sagrados intereses de la humanidad y de nuestra propia clase, en lucha, como todas las otras, por el acrecentamiento de los bienes de este mundo.

Para preparar el terreno y comenzar a solucionar este problema antes de iniciar nuestra actuación sobre el público, debemos empezar por nosotros mismos, tratando de alentar relaciones leales y sinceras de mutua cooperación en nuestra clase médica. El internista consciente de su deber no puede nunca olvidar que algunos de sus enfermos padecen lesiones patológicas para las cuales una intervención quirúrgica no sólo está indicada, sino que es de urgencia imperativa, y que su deber es requerir el cirujano o especialista sin pérdida de tiempo. Sé perfectamente que actuando así perderemos muchos de nuestros enfermos, pero ¿tenemos acaso el derecho de mono-

polizar un caso quirúrgico si no estamos preparados para hacer cirugía? Seguramente que no. Ello, a más de incorrecto en el terreno ético profesional, sería gravemente injusto para el enfermo, en primer lugar, y para el cirnjano o especialista, a quien honradamente corresponda el caso. Ahora bien: creemos igualmente que en legítima reciprocidad, nuestros servicios como médicos generales debieran ser solicitados con más frecuencia por los cirujanos y especialistas en todos aquellos casos de sus especialidades, en los cuales se presentan complicaciones que caen dentro del dominio de la medicina general interna - campo de acción del internista - v que pudieran comprometer la vida del enfermo, si no fuesen acertada y oportunamente diagnosticadas y tratadas.

En nuestra ya larga vida profesional hemos sido testigos de un sinnúmero de experiencias, que justifican nuestra opinión sobre lo que antes hemos mencionado. Recordamos casos de colelitasis con obstrucción del colédoco, acompañados de intensa ictericia, en los cuales se ha perdido un tiempo precioso, con inútiles tratamientos paliativos, esperando que el enfermo recuperase fuerzas para ser sometido a la intervención quirúrgica, cuando, en realidad de verdad, lo que pasaba era que el enfermo iba de mal en peor, reduciéndose al mínimum las probalidades de curación.

Recuerdo una ocasión, hace ya muchos años, en que un conocido y bien reputado clínico requirió nuestros servicios y los del doctor Toro, para un enfermo que había estado bajo su tratamiento durante muchos meses. Nos hizo en la consulta una minuciosa y detallada exposición de la historia clínica del caso, llegando a la conclusión diagnóstica de que se

trataba de una úlcera perforante del estómago, que había dado lugar a la producción de un flemón de la pared anterior del órgano, finalizando su brillante peroración manifestando ante los atribulados familiares del enfermo, que el caso, en aquellos momentos, caía de lleno en el campo de la cirugía y, por lo tanto, de las peritas manos del cirujano dependía su salvación. Encontramos, al pasar a examinarle, un enfermo en decúbito dorsal, con facies hipocrática típica, con el cuerpo cubierto de una sudoración fría y profusa, temperatura subnormal, pulso imperceptible, respiración superficial y rápida, abdomen rígido, distendido y muy doloroso a la palpación: en una palabra: nos confrontábamos con un caso de peritonitis generalizada en estado preagónico. Y éste era el paciente cuya salvación el sabio y reputado médico de cabecera quería hacer depender de las hábiles manos del experto cirnjano. Pasamos a la sala de la casa. siempre acompañados por los atribulados familiares, quienes angustiosamente esperaban el resultado de la consulta. Nuestra situación en aquel momento era por demás difícil. Ni el doctor Toro ni yo nos atrevíamos a hablar ante aquella familia. Finalmente, el médico de cabecera dijo: "Podemos hablar ante estos señores: ellos desean conocer su opinión. doctor Toro". Todavía recuerdo perfectamente aquel cuadro. Al doctor Toro se le acentuó ese movimiento de cabeza, ese tic tan peculiar suvo antes de iniciar una objeción, de mostrar su disparidad o de agregar un matiz diferencial y definidor en una discusión. Yo comprendía que él, evidentemente, no deseaba colocar en una situación embarazosa al médico tratante; pero tampoco podía aceptar la responsabilidad que se le quería echar encima, pues las consideraciones de ética profesional tienen su límite; v va que así se le forzaba a hablar delante de los familiares, lo hizo con su proverbial franqueza, diciendo simplemente: "Doctor, es innecesario en esta ocasión discutir su diagnóstico. Veo que usted ha hecho por su cufermo todo lo que humanemente ha podido y nada puedo yo agregar a su tratamiento; pero difiero de su opinión en que este enfermo constituya un caso quivúrgico. Fué, quizás, un caso quirúrgico, pero el momento oportuno para una intervención ha pasado va, v usted debe continuar la hábil dirección del tratamiento hasta el momento final, que está mny cercauo". En efecto, al terminar de hablar el doctor Toro, avisaban que el enfermo estaba expirando, y la natural consternación que se produce en esos momentos trágicos en un hogar, evitó las enojosas discusiones que pudieron haberse suscitado.

Los episodios como el que hemos reseñado son verdaderamente aleccionadores y nos demuestran, que nuestro deber ante cualquier caso quirúrgico o especial, es llamar oportunamente al cirnjano o al especialista, para con su cooperación y consejo determinar el momento preciso y conveniente para la intervención, compartiendo así nuestra responsabilidad y evitando en lo posible lamentables desastres como el que acabamos de relatar.

Pero si hacemos un breve y rápido recorrido por el extenso campo de la medicina recordaremos enseguida una serie de estados patológicos — quirárgicos y especializados — que con frecuencia vienon primero bajo la observación del práctico general, sobre el que recae la nunca bien determinada y concreta responsabilidad de los mismos, y la difícil misión de formular un diagnóstico correcto y oportuno, del cual ha de depender en gran parte los resultados que se obtengan en la intervención.

Comencemos por la apendicitis aguda, esa afección corriente hoy día en Puerto Rico y en todas partes, cuyo diagnóstico nos lo dan con frecuencia casi hecho los familiares y aún el propio enfermo. esta tan conocida como mal tratada enfermedad, una vez formulado el diagnóstico, el internista no debe asumir él sólo la responsabilidad del caso y sí requerir sin pérdida de tiempo la ayuda del cirujano, para con su consejo acordar v precisar la conducta más conveniente a segnir en cada caso determinado. Bajo ningún concepto y sin excusa que valga, tenemos derecho a perder el tiempo con tratamientos paliativos, exponiendo nuestro enfermo a una emptura apendicular con su concomitante peritonitis generalizada, arriesgando su vida y echando al azar los ulteriores resultados del cirujano operador. Estos casos no admiten contemporizaciones.

En treinta años que llevamos en el ejercicio de nuestra profesión siempre hemos actuado prudente y discretamente en este sentido, sin que hasta ahora, al proceder así, hayamos tenido que arrepentirnos; por el contrario, tenemos la íntima satisfacción de haber contribuído a salvar la vida a algunos enfermos o, cuando menos, haber evitado complicaciones graves, que hubieran prolongado una enfermedad, prodigando un dolor inútil con la consiguiente incertidumbre de los familiares.

Pudiéramos decir que todo lo que antecede es aplicable igualmente a los casos de obstrucción intestinal aguda, hernias extranguladas, perforaciones del estómago e intestino, obstrucciones agudas del colédoco común, estenosis hipertrófica congénita del píloro, y, en suma, de todos esos estados patológicos que caen de lleno en el socorrido y poco exacto diagnóstico de "abdomen agudo", quirúrgicos todos ellos y que quirúrgicamente deben ser tratados.

El tratamiento de las fracturas y dislocaciones debe ser hoy día de la exclusiva incumbencia del cirujano; más aún: no de todos los cirujanos, sino de los especializados en la materia que, conscientes de su responsabilidad, están relacionados con hospitales o clínicas, preparadas adecuadamente con rayos X y aparatos apropiados para que el cirujano pneda realizar la prótesis y la ortopedia de una manera segura y eficiente, con conciencia de su labor y de sus riesgos, garantizando en lo posible los resultados finales, v evitando esas deformidades permanentes, antiestéticas o funcionales, que invalidan al paciente psicológica o físicamente para toda su vida, y constituyen un reproche perenne del público para la profesión médica.

La antigna y desdichada clasificación de "cirugía mayor" y "cirugía menor" es, por lo menos, absurda y, en mi concepto. responsable de que el tratamiento de ciertos procesos quirúrgicos recayesen en manos de ignorantes e inexpertos practicantes y de médicos poco diestros en el manejo eficaz y oportuno del bistu-Así hemos visto nosotros, como todos ustedes, infecciones profundas de la palma de la mano, panadizos y grandes antrax, infecciones todas de gravedad bien conocida, tratadas con fomentaciones antisépticas y otras medicaciones más o menos paliativas, con la vana esperanza de verlas llegar a resolverse espontáneamente, en tanto que la infección iba propagándose peligrosamente y alargándose los sufrimientos del infeliz paciente, que llegaba, por fin, a manos del cirujano, aminorada al mínimum su resistencia, en inminente riesgo de perder su vida o, cuando menos, de quedar inutilizado para siempre.

Mantener un adulto o un niño que padece una otitis media, irrigándole el canal auditivo externo, instalando gotas de lándano o glicerina fenicada, aliviándole el dolor con analgésicos y opiáceos, hasta que la membrana del tímpano ceda espontáneamente a la presión del pus que se colecciona detrás de ella, y, de paso, exponer al enfermo a graves y molestas complicaciones, demuestra ignorancia o negligencia, o ambas cosas a la vez. pues bien sabemos que una miringocentesis oportuna, en la mayoría de los casos, paralizaría el progreso de la enfermedad y aliviaría el agonizante dolor que tortura al enfermo.

Hemos visto más de una vez casos de mastoiditis en tiernos infantes en los cuales los signos otológicos locales eran tan vagos y ligeros que aparecían enmascarados por la sintomatología gastrointestinal de mayor relieve; casos que hubiesen pasado desapercibidos, errando el diagnóstico principal, a no haber estado siempre alertas, indagando cuidadosamente esta región, sorda tantas veces a las manifestaciones del dolor en estos enfermitos. La cooperación del otólogo debe requerirse tan pronto tengamos la menor sospecha de la existencia de esta dolencia, pues no son raros los casos de nuestra observación en que la grave sintomatología gastrointestinal de los infantes era de una algidez suprema, que después de la mastoidectomía practicada a tiempo, daba paso a una franca convalescencia. Tenemos el firme convencimiento de que la intervención en algunos

casos fué realmente salvadora, y que sin ella hubiésemos perdido algunos de nuestros enfermos. Estas observaciones nos hacen lógicamente pensar cuántas meningitis pueden quizás ser atribnídas a infecciones gastrointestinales infantiles, cuyo origen real haya sido debido a mastoiditis que pasaron indiagnosticadas ante los ojos de los médicos de cabecera, que hubieran ahorrado una vida con un correcto y oportuno tratamiento.

Los glaucomas, las iritis y otras oftalmopatías, que con tanta frecuencia vieuen primero bajo la observación del práctico general, son dolencias en las que si no se obtiene una pronta mejoría con un tratamiento médico apropiado deben remitirse al oculista sin pérdida de tiempo, pues él, indudablemente, es el llamado a tratarlas y está en mejores condiciones para dispensar una medicación pertinente en estos procesos patológicos en los que, si no la vida, peligra el sentido más importante de un enfermo.

Las hematurias de origen desconocido son otros procesos que no deben ser tratados sintomáticamente. Un examen cistoscópico por persona competente es ineludible, pues hay absoluta necesidad de precisar el factor etiológico del proceso. su malignidad o benignidad, v región anatómica del aparato urinario donde se asienta, dependiendo de cada uno de estos factores la indicación operatoria y la calidad del prognóstico. Lo mismo decimos de las lesiones ulceradas del hocico de tenca, que requieren ser cuidadosamente investigadas por medio de una biopsia si necesaria fuese, única manera, en ocasiones, de determinar su carácter e instituir una terapéutica eficaz a la que tiene legítimo derecho la enferma.

¿Y qué decir de esas pequeñas tumoraciones de los senos, que por su carácter aparentemente inocente y la ausencia de dolor, son frecuentemente ignoradas por las mujeres y aún por algunos compañeros, que persisten en recomendar aplicaciones de alguna pomada resolutiva, ejecutadas tres o cuatro veces por la misma enferma, la cual como no siente dolor olvida el asunto, hasta que meses después empieza a sentir molestias y neuralgias que le hacen recurrir al cirujano, cuando ya es tarde y se desvanece la esperanza de una extirpación total y curativa?

Los casos de derrane pleurítico, con fiebre séptica, indicando la existencia de una empiema, no deben permitirse continuar por tiempo indefinido bajo tratamiento exclusivamente médico o de repetidas aspiraciones, pues todos sabemos que con ello no ha de lograrse la curación definitiva de la enfermedad, sino únicamente su prolongación, hasta tanto no se intervenga con una operación radical.

Exprofeso hemos dejado para el final nuestras observaciones particulares sobre obstetricia, y, a decir verdad, hemos de admitir que hasta aquí habló el práctico general, pero ahora habla con toda franqueza el tocólogo, el especialista que siente y padece con más frecuencia las equivocaciones de los demás, y el que, como vulgarmente se dice, "paga los vidrios rotos". (Si ustedes quieren, en lugar de "vidrios" pongan perinés).

Siendo el embarazo y el parto, originalmente, funciones fisiológicas, y estando atendidas la inmensa mayoría de las veces por comadronas inexpertas, nada más natural y lógico que el práctico general reclame el derecho que tiene a prestar sus servicios a las gestantes en sus embarazos, y a las parturientas en sus "partos normales", si es que tal cosa existe hoy día en esta función fisiológi-

ca. Pero, he aquí que, igualmente nosotros, como especialistas, proclamamos enfáticamente nuestro derecho a exigir a los compañeros que se dedican a la práctica general, la obligación en que están de llamar al tocólogo con la debida oportunidad, permitiéndole así ejercer su discreción y sano juicio en cada caso particular, para que pueda actuar en condiciones ventajosas y obtener los más satisfactorios y benéficos resultados con su intervención.

Recurrir al auxilio del comadrón en un caso de parto en presentación de cara con el mentón posterior, o en un caso occipito-posterior persistente, cuando la parte presentante está ya firmemente encajada en la pelvis, o quizás en el periné, con un feto moribundo, matriz tetanizada y una parturienta agotada por inútiles y continuos esfuerzos, es obligar al tocólogo, en el primer caso, a practicar una craneotomía y, en el segundo, una craneotomía o una extracción en occipito-posterior, lo que, por lo regular, trae consigo desgarres peligrosos de la vagina, del periné y aún del recto, acompañados, la mayoría de las veces, del doloroso pero inevitable sacrificio del infante, exponiendo la madre a graves riesgos. Todo lo cual pudiera evitarse si reconociésemos a tiempo estas malposiciones, corrigiéndolas por una apropiada rotación manual o una versión podálica. Tengo el firme convencimiento que en todo caso de parto que se prolonga indebidamente, el médico que lo asiste tiene la obligación de determinar de un modo cierto la causa que detiene su progreso, y, si no puede hacerlo, debe requerir el auxilio del tocólogo a tiempo, para que él, con su experiencia, decida la intervención más indicada y alivie con ella a la pobre madre que con ayes que llegan al alma reclama un fin perentorio para sus sufrimientos.

Lo que vov a decir es algo perfectamente conocido, consabido, pero nunca está de más repetirlo. Todos hemos necesariamente llegado a la conclusión de que el campo de la medicina, dado al progreso actual de la ciencia y de la técnica, es ya demasiado vasto para que ningún mortal pueda abarcarlo en su totalidad, y aquel que intentase dominar todas sus ramas tendrá que experimentar muchos fracasos y muchos sinsabores en su vida profesional. Esto es axiomático, y todo hombre de conciencia debe llegar a esta conclusión en su propia intimidad antes de que sea demasiado tarde v tenga que reprochárselo a sí mismo al oir los reproches que otros le formulen. Mientras más pronto nos confrontemos con la verdadera situación, y nos convenzamos que en muchas ocasiones el práctico general tiene que actuar como agente de enlace, distribuidor de enfermos para los especialistas y cirnjanos, tanto más pronto resolveremos el difícil conflicto que se le presenta, cada día con mayor urgencia, a la profesión médica. Convenzámonos que los tiempos del viejo pantiatra, obligado a tratar lo mismo una pulmonía que a corregir una dislocación del hombro, entablillar una fractura, tratar un glaucoma, practicar una herniotomía o una versión podálica, es una triste y desconsoladora estampa del pasado. No obstante, los médicos que en el día de hoy por diversas circunstancias, que no he de discutir, se encuentran en esta posición y se ven obligados a multiplicar sus actividades y ejercer todos los oficios tienen toda mi simpatía y mi más profundo respeto.

Lo que quiero dejar bien sentado, lo que mi modesta experiencia me permite aconsejar como regla de conducta es que no veamos en el cirujano o en el especialista, al competidor comercial que ha de arrebatarnos un caso y alzarse con nuestras ganancias sino, por el contrario, debemos considerarle como el amigo leal, honrado, capaz y sincero, ene bondadosamente viene a nosotros en los momentos de peligro, a compartir nuestra responsabilidad, a prestarnos la cooperación de sus especializados conocimientos en beneficio de nuestro cliente, envo bienestar y cuya vida están confiados a nuestras manos. Los intereses - morales y materiales - del médico general deberán, a no dudarlo, estar fielmente protegidos y salvaguardados por el cirujano consultor, y éste habrá de admitir que el acertado diagnóstico y oportuna llamada del médico tratante de cabecera influyen tanto en la futura curación del enfermo como la misma intervención.

La absoluta necesidad de una franca y leal cooperación en la práctica de la medicina no es ya un asunto a discutir. Es una cuestión aceptada y obvia. El cirujano, el internista, el tocólogo, el dermatólogo, etc., etc., todos necesariamente hemos de depender unos de otros, y todos nuestros esfuerzos dependen del laboratorio, del radiólogo, del químico etc. Nuestras diversas actividades se complementan y ensamblan unas con otras, formando un engranaje científico que debe funcionar en perfecta armonía. Sólo así, por medio de un mutuo y sincero entendimiento, podremos cumplir honradamente con nuestra noble v delicada misión, para mejor servir los altos intereses de la humanidad doliente que a nosotros se confía.

UN IMPORTANTE SINDROME OBSTETRICO

L. A. BALASQUIDE, B. S., M. D., F. A. C. S.

De la "Clínica Quirúrgica del Dr. Pila", Ponce, P. R.

La entidad obstétrica enmarcada deutro de este interesantísimo síndrome, tan descriptivamente titulada "Distocia distrófica", constituye un problema capital para el tocólogo, porque siendo con mucha frecuencia desconocido del práctico general. Ilega al cuidado del primero, la mayor parte de las veces, cuando ya es muy tarde para que pueda actuar con la eficacia requerida.

Al síndrome, aunque no es muy raro, se le presta, frecuentemente, muy poca ateución. Autiguamente era desconocido casi en absoluto, escaseando de tal modo las referencias bibliográficas, que hasta los clásicos libros de texto, al referirse a él, lo hacen tan parcamente que muchos de ellos sólo se conforman con mencionarlo de pasada. Pero recientemente han venido apareciendo comunicaciones y estudios, tan abundantes en observaciones. detalles y experiencias, que han logrado, por fin, la divulgación entre la clase médica de este complejo sintomático, trascendental y serio, que bien puede afirmarse que en la actualidad son pocos los obstetras de práctica extensa, que no hayan observado algunos casos en el ejercicio de su especialidad.

Uno de los especialistas de más autoridad, Cornell, que quizás posee la mayor y mejor experiencia de este asunto. al hablar de su importancia sindrómica y de las dificultades que ofrece, ha dicho que es más fácil y, por ende, preferible tratar una distocia por estrechez gene-

ral de la pelvis que un caso afecto de distocia distrófica.

El propósito de este bosquejo no es sino ayudar, en la medida de nuestras pobres luces, a la obra, iniciada ya, de su divulgación entre los prácticos generales, resaltando las más importantes características de este trastorno obstétrico, planteando sus más difíciles problemas, para que así el práctico general, desconocedor de los pequeños detalles y graves decisiones terapénticas que puedan presentársele, aprenda a reconocerlo y diagnosticarlo a su debido tiempo.

El síndrome es común a todas las razas, aunque parece menos frecuente en la raza de color. No guarda relación alguna con el estado social de la parturienta, pues se observa con igual frecuencia en la práctica particular que en los hospitales de caridad, y aunque no se ha probado que sea hereditario, no es del todo raro observar varios casos en los miembros femeninos de una misma familia.

Estas enfermas refieren por regla general una historia de irregularidades menstruales: algunas sólo tienen una regla al año, mientras otras no pasan de tres o cuatro. Padecen con frecuencia de dismenorrea; sufren ciertas dificultades sexuales (ausencia de líbido, vaginismo, etc.) y no es rara la existencia de cierto grado de esterilidad en la vida matrimonial, sin que pueda demostrarse lesión patológica alguna. Sinembargo,

en algunos casos, no existe anormalidad alguna en relación con las funciones sexuales y generativas.

La apariencia física de estas mujeres es muy característica. Son de baja estatura y muy gruesas; miden no más de cinco pies de altura y su peso fluctúa de 150 libras en las más pequeñas a 200 libras en las más altas. La cabeza es de aspecto braquicefálico, con la cara redonda, grande y llena, y el cuello extremadamente corto. El torax es ancho, los brazos gruesos y pegneños, el vientre abultado, las caderas anchas y las piernas grnesas. Una inspección más detenida demnestra acortamiento de los huesos largos y cortos de las extremidades, a excepción del femur y el húmero. Los lmesos son más grnesos y aparentan ser más dnros y fuertes que en los casos normales, recordando, en general, la estructura y conformación esquelética del "tipo acondroplásico". La piel es pastosa v generalmente de color pálido, sin cambio alguno de importancia en el hematograma ni en el índice globulínico. La distribución del crecimiento piloso sigue a veces las líneas masculinas. La pelvis, por regla general, es de tamaño y forma normales. Sus medidas son iguales o mayores que las del tipo "ginecoide". La vagina, al examen interno, aparece corta; sus paredes y también el periné dan al tacto una sensación de rigidez tan marcada que contrasta con la elasticidad que acostumbramos a observar en los casos normales.

Relación con el embarazo:

Durante el embarazo estas pacientes se quejan de una multitud de pequeñas molestias que requieren gran tacto de parte del médico para poderlas valorar e interpretar rectamente. Es muy frecuente la aparición de manchas sanguíneas vaginales durante el primer trimestre. El aborto ocurre en bastantes ocasiones y con mucha más facilidad que en los casos normales. El peso aumenta rápidamente y, a veces, a pesar de las medidas dietéticas que se havan instituído para evitarlo, ganan hasta diez libras por mes. Existe en ellas una marcada susceptibilidad a las toxemias y nuchas tienen cierta tendencia hacia las convulsiones de aspecto eclámpsico o desarrollan eclampsia verdadera. Con gran frecuencia su embarazo pasa del término (hasta dos y tres semanas) de ahí que, casi siempre dan a luz nuos hijos mayores de peso y tamaño que el promedio general de los infantes normales.

Eclación con el parto:

Por lo general el parto no comienza bien, pues la bolsa se rompe antes de empezar los dolores, en ocasiones hasta días antes de comenzar el trabajo efectivo del parto. Las contracciones uterinas son muy dolorosas, pero de muy pequeña intensidad, según puede demostrarse por la palpación. El intervalo entre una v otra es mny irregular: a veces de dos y tres horas. La estimulación ocitócica con ciertos medicamentos (quinina, aceite de ricino, pituitrina, etc.) aumenta considerablemente el dolor, pero no la intensidad de la contracción ni la dilatación uterina. Por eso estas pacientes pierden el ánimo muy pronto, experimentan gran ansiedad, exageran su nervosismo, lanzando gritos y contorsionándose en forma tal que recuerdan los conocidos ataques histéricos. La presentación fetal es con frecuencia de vértice posterior, con más deflección que de costumbre, permaneciendo en esa forma todo el tiempo o, si acaso, rotando hacia el diámetro transverso. La posición anterior es rara y más rara aún la de nalgas. El curso del trabajo del parto es tardío y muy tedioso. A veces, después de 24 horas de dolores intensos, con contracciones suficientemente grandes para que dos parturientas normales linbieran terminado sus partos respectivos, sólo se encuentra una muy pequeña dilatación del cuello. En la gran mayoría de estos casos el parto espontáneo es raro y la dificultad distócica está localizada casi siempre en el estrecho superior.

Tratamiento:

Nunca debe inducirse el parto en estos casos, pues ni las drogas ocitócicas ni los medios mecánicos conducen a nada práctico, ya que sólo sirven para anmentar la intensidad del dolor, sin influir en lo más mínimo sobre el vigor de la contracción ni sobre la eficacia de la retracción. En ciertos casos es preferible practicar la incisión de Duhrseen, practicando después la rotación cefálica y la aplicación de forceps, acompañada de episiotomía profunda; pero, como en estos casos el tamaño del feto es siempre grande, resulta, por ende, inevitable su traumatización y, por consiguiente, el procedimiento resulta a veces fatal para el feto. La presentación podálica constituye el problema más difícil y serio en estas distocias. La versión externa antes del parto en ocasiones resulta mny difícil y casi siempre imposible de practicar, y la experiencia ha demostrado que la interna es fatal para el feto. La cesárea abdominal es el procedimiento de elección para el tratamiento de estas presentaciones.

Resumiendo: podemos asegurar que el tratamiento ideal de estos casos consiste, en primer lugar, en la hospitalización de las parturientas tan pronto comienzan los primeros signos activos del parto, poniendo entonces a contribución nuestras dotes sugestivas de persuasión, rodeando a la enferma de un trato cordial y humano, pleno de simpatías y consoladoras esperanzas para que conserve el valor en todo momento, y evitar así los arrebatos de desesperación y el estallido del ataque histeriforme. Una vigilancia inteligente, bajo narcosis, es a veces necesaria. Los exámenes vaginales deben omitirse en absoluto y sólo deberá practicarse algún que otro examen rectal. Eierceráse entretanto una observación cuidadosa del progreso y desenvolvimiento del parto y, si apareciese el anillo de Bandl, Imbiere signos de tetania uterina, o se dilatase excesivamente el segmento inferior de la matriz, deberá precipitarse la terminación del alumbramiento, de acuerdo con las circunstancias y condiciones que lo rodean, en el tiempo más rápido posible. Si, estando el feto vivo, se presentasen manifestaciones de toxemia que no cedan al implantarse un tratamiento adecuado, deberá practicarse sin pérdida de tiempo una histerectomía, estando asimismo indicada la cesárea en todos los casos de eclampsia o eclampsismo que no respondan pronta y oportunamente al clásico tratamiento de Stroganoff.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Año XXVII

Febrero 1935

Núm. 2

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe: Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador: Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M. Suárez Dr. J. Rodríguez Pastor

Dr. Juan A. Pons

EDITORIAL

Transcurridos breves días de celebrada la Asamblea Anual en la que se eligió nueva Directiva, aparecieron en la prensa diaria unos amuncios firmados por el doctor Blas Herrero, en su capacidad de Consejevo, citando a una nueva Asamblea médica que habría de celebrarse el día 29 de diciembre en los salones del edificio de la Asociación. Tratábase de un acto insurgente contrario a las normas regulares y a los procedimientos que deben seguirse, y se han seguido siempre, en todas las actuaciones oficiales de la Asociación. Ello dió motivo para que nuestro Presidente, el doctor García Cabrera, ya en posición de su cargo oficial y haciendo uso de las prerrogativas del mismo, desautorizase públicamente la susodicha citación y la calificase de facciosa, haciendo presente a los médicos asociados que se abstuviesen de concurrir a

la pretendida Asamblea. Pero había interés preconcebido por parte del grupo disidente de hacer una asonada, negando autoridad al organismo directivo e impresionar la opinión pública y la de los compañeros pusilámines. La Asamblea que se provectaba era a todas luces ilegal, antirreglamentaria, revolucionaria, y el Consejero, al citarla, estaba en aquella ocasión atribuyéndose derechos y facultades que no tenía, pues la única autoridad para convocar a Asamblea ex-· traordinaria era el Presidente, el cual nunca relusó actuar de acuerdo con disposiciones legales y únicamente expresó su inconformidad en verificar la citación en el día fijo que se le antojaba al grupo disidente, fundáudose en razones-realmente convincentes.

Reuniéronse al fin los inconformes, nombraron una presidencia provisional e imediatamente el doctor Belaval levantó la cuestión de orden sobre la inconstitucionalidad de la Asamblea, resolviendo en su contra la presidencia y la Asamblea, ante la cual apeló, Entonces el doctor Quevedo Báez expresó sus dudas sobre la existencia de quorum y a ello se alegó frívolamente que "había sido imposible encontrar el libro de registro de los asociados". Presentó el doctor Belaval una copia fiel de la lista de asociados, debidamente certificada por el secretario de la Asociación, pero no fué aceptada. Nómbrase una comisión de credenciales, a pesar de que "allí no existían comisiones ni credenciales que aceptar", y dicha comisión resuelve incontinenti que existía quorum para constituir legalmente la Asamblea, ya que ellos tenían una lista de firmantes de la petición de Asamblea que ascendía a 173 en total.

Terminó la Asamblea facciosa, en la que se tomaron unos acuerdos que no conocemos, se eligió una Directiva y se llevó el escándalo a la prensa, en todos los tonos y ensayaudo todas las actitudes. Y llegó por fin el día 19 de enero en el que habría de verificarse la Asamblea Extraordinaria de la Asociación Médica de Puerto Rico, correspondiendo a la petición formulada por los distinguidos compañeros que no estuvieron conformes con la actuación de la Cámara de Delegados en su sesión ordinaria anual e impugnaban la elección de la Directiva.

Los compañeros asociados respondieron espóntanea y libremente a la llamada oficial del Presidente, reuniéndose en el salón del edificio, todos animados de un alto espíritu de compañerismo, dispuestos a justipreciar los cargos formulados a la Cámara de Delegados.

Constituyóse debidamente la Asamblea ocupando la mesa presidencial el doctor García Cabrera, abandonándola al momento como cuestión personal, a pesar de las reiteradas manifestaciones de confianza que se le tributaban, sustituyéndole en el puesto el doctor González Martínez todo el tiempo que duró la vista de los cargos contra la Cámara de Delegados.

Dióse lectura al pliego de cargos de los compañeros peticionarios, pero he aquí, que entre los firmantes sólo estaban presentes los doctores Julio Rolenson y Luis Yordán Pasarell. El primero había retirado su firma antes de la Asamblea por carta que dirigiera al Presidente; y el Dr. Yordán manifestó que él retiraba su firma de aquel documento, porque habiéndose compenetrado del verdadero propósito de los peticionarios, no podía en modo alguno estar conforme con actitudes violentas e injustas que pudieran crear un cisma en el seno de la Asociación;

que él era médico y que como tal anteponía siempre los intereses profesionales a los intereses personales de grupos que en modo alguno estaban justificados. Excusado es decir la impresión que causarou estas palabras y los atronadores aplansos que siguieron a las manifestaciones leales y valientes de estos distinguidos compañeros.

como decimos, reunida Estaba. Extraordinaria, espléndida-Asamblea mente concurrida por numerosos compañeros de San Juan y de la isla que abandonaron sus hogares para venir a oir las quejas que se formulaban y poder juzgar de su importancia con ánimo sereno; pero sucedió que los firmantes de la protesta no se presentaron a sustentar v darle validez a su impugnación, dejándola, por tanto, huérfana y desierta. esta es la actitud que por viciosa merece la más acre censura; a menos de que los firmantes, convencidos de la trivialidad de sus acusaciones y seguros de una decisiva derrota, hubieran optado por no comparecer y declararse vencidos. Pero tampoco fué así, porque en los momentos más culminantes de la Asamblea compareció una comisión de los médicos disidentes, reunidos a lo que parece en otro sitio, y pidió permiso para penetrar en el Salón de Asamblea, lo cual causó una enorme sorpresa, porque ellos no tenían necesidad de obtener la venia para entrar en un sitio al cual tenían libre acceso en todo momento, pues el edificio de la Asociación es la casa de todos los médicos de Puerto Rico. Fué cortesmente recibida la comisión, la cual expresó, por boca del doctor Guzmán Rodríguez, un saludo a nombre de los médicos disidentes, al que contestó el Presidente, y aquí terminó todo, retirándose la comisión al cabo de breves minutos. Todavía estamos perplejos esperando conocer el significado de la visita.

Siguió su curso ordinario la Asamblea, se derrotó por unanimidad la impugnación presentada, se votó una resolución respaldando las actuaciones de la Cámara de Delegados y se le otorgó un voto de confianza y solidaridad a esta y a la Junta Directiva, terminando la reunión en medio del mayor júbilo.

La impresión recibida al cerrarse la Asamblea fué francamente optimista, lo que hay que subrayar como se merece. La Asociación Médica está hoy día más compacta que nunca, más segura de su fuerza que en ningún momento de su historia, dispuesta siempre a seguir luchando por los prestigios de nuestra clase y de nuestra patria. Contra la solidaridad de unestra clase médica no puede prevalecer la discordia que en ella se ha querido sembrar por manos arteras y espíritus maquiavélicos que mueven sus hilos a la sombra de la protección oficial y detrás de la cortina política.

A nuestros asociados no les preocupa la personalidad de los que puedan atacarles y únicamente se cuida de mantener incólume la integridad de los principios. Si esos u otros compañeros enarbolan bandera de rebeldía contra la fraternidad a que pertenecen, confiamos esperanzados que habrán de convencerse de su error en tiempo oportuno y reconocer en conciencia que la conducta observada por nosotros ha sido la justa, la democrática, la única digna de seguirse por profesionales dignos y honestos.

Esta es nuestra posición, clara e invariable. Si por estas disidencias apasionadas surgiere una división en el seno de nuestra clase, los hombres que la hayan suscitado y alentado serán los responsables. Nosotros aceptamos el juicio que sobre nosotros caiga. Con el tiempo—gran nivelador de pasiones y ambiciones—la opinión nos juzgará a todos.

R, L.

NUMOTIZINE



COMBATE LA INFLAMACION

Los síntomas de inflamación local-dolor, hinchazón, color rojizo de la piel y temperatura elevada—son seguramente controlados con una oportuna aplicación de Numotizine sobre el area afectada.

Un mejoramiento, tanto local como sistémico, es rápidamente obtenido sin causar ningún desarreglo en los órganos gástricos que tan frecuentemente se notan en casos en que los medicamentos son administrados por la vía oral.

En casos de afecciones respiratorias, inflamaciones glandulares, granos y condiciones similares, Numotizine causa un alivio rápido y prolongado.

Numotizine contiene guayacol, crecsota y salicilato de metilo en un emplasto de caolina — de fácil aplicación — seguro y de resultados efectivos.

Chicago, U.S.A.

Robert & Santini. Distribuidores

Avenida Ponce de León San Juan, Puerto Rico.

NUMOTIZINE, INC. Robert & Santini,
Avenida Pouce de León San Juan, Puerto Rico

Dept P.R.2

Sírvanse enviarme muestras de Numotizine para experimentos clínicos. Nombre _____

Dirección ____ Ciudad_____ Estado__







UN ADELANTO DE LA CALCIOTERAPIA

0

Ilado por Van Scoyoc en colaboración con los Laboratorios Lilly de Investigación. Se indica en todo estado de descalcificación. Se presenta en frasquitos con tapón de caucho para inyección intramuscular e intravenosa.



TLI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

Fabricantes de Productos Medicinales desde 1876

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH LIBRARY 5 MAK1938

Página

•	
Introducción	59
Proyecto de Ley reorganizando la Beneficencia Muni	
cipal en los municipios de segunda y tercera clase	
en P. R., presentado en la Cámara de Representan-	
tes por los doctores Figneroa, Herrero y Villamil	60
Memorial de la Asociación Médica de Puerto Rico	
en relación con la Beneficencia Municipal	71
Memorandum submitted to His Excellency the Gov-	
ernor of Puerto Rico by the Puerto Rico Medical	
Association in relation to House Bill No. 337, pre-	
sented by Doctors Figueroa, Herrero and Villa-	
mil	80
EDITORIA	وري

WUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

LA ELIMINACION DEFICIENTE se debe con frecuencia a una dieta diaria sin el suficiente residuo.

El SALVADO ha sido muy usado para remediar el estreñimiento habitual El reconocido valor del salvado ha sido comprobado, durante los últimos tres años, por un número de estudios experimentales interesantes. Estas investigaciones han agregado nuevos factores al conocimiento científico de este cereal Sabemos hoy, por ejemplo, que el salvado—servido en cantidades apropiadas—proporciona el residuo necesario para la apropiada eliminación. Sabemos, también que el salvado es una excelente fuente de vitamina B—una onza contiene 45 unidades de la misma, Además se ha demostrado que el salvado es una fuente rica en cualidades hematogénicas.

Con excepción hecha de algunos casos aislados el Kellogg's ALL-BRAN puede ser prescrito sin temor alguno para el estreñimiento. Los procedimientos especiales usados en la preparación del Kellogg's ALL-BRAN lo hacen excepcionalmente delicado, blando y agradable al paladar. Dentro del cuerpo absorbe una gran cantidad de humedad, convirtiéndose en una masa suave que limpia los intestinos de desperdicios con toda benignidad.

El Kellogg's ALL-BRAN tiene la ventaja de ser del agrado del paciente por su buen sabor. Servido con leche fría o crema es delicioso o puede prepararse en galletas, pan, etc. Un paquete de tamaño corriente será enviado gratis al médico que lo solicite



Representantes: B. FERNANDEZ & HNOS. SUCRS.,
Apartado 365 — San Juan, P R.

Fórmula Pluriglandular

COMPUESTO ENDOCRINO DE COLE No. 18

(Compuesto de secretina y páncreas)

RECETE: — Compuesto Endócrino de Cole No. 18 (Compuesto de secretina y páncreas). Una cápsula tres veces al día después de las comidas; luego cuatro cápsulas al día; y más tarde aún, dos cápsulas, tres o cuatro veces al día

INDICACIONES: diabetes azucarada.

NOTA: — Al administrar este tratamiento conviene comenzar con una dosis pequeña, aumentándola gradualmente hasta obtener los resultados que se buscan. La cantidad depende de la tolerancia de carbohidratos del paciente y de la fijeza del nivel de azúcar en la sangre. Las isletas de Langerhans, que contiene esta fórmula aumentan la tolerancia de azúcar, la substancia de las amígdalas tiene un efecto benéfico e indirecto sobre la glicolisis y el Preparado Remineralizante de Cole No. 12. (compuesto neutralizante de sodio y potasio), remineralizan la deficiencia alcalina que generalmente se presenta en el caso de la diabetes azucarada.

COLE CHEMICAL COMPANY

ENRIQUE VELEZ POSADA-Edificio Ochoa 421-Apartado 1018-San Juan



Radiografía que muestra cálculo en la pelvis renal derecha-

EL caso de más arriba es típico de los muchos que se presentan al doctor en su práctica común y corriente. El paciente se quejaba de dolor abdominal agudo en el lado derecho, síntoma físico de posible trastorno gastrointestinal, a la par que de desorden renal.

En tales circunstancias, no siempre es posible pronunciar un pronóstico diferencial a base de la evidencia clínica, por lo que en este caso se puso al paciente en manos de un radiólogo. Las radiografías descubrieron la presencia de cálculo en la pelvis renal derecha, lo que permitió llegar pronto a un diagnóstico correcto. Más adelante, se llegó a la localización exacta del cálculo, merced a radiografías tomadas después de emplear un medio o substancia de contraste o radio-opaca.

Las radiografías de la sección renal proporcionan datos de valor inapreciable para el diagnóstico, muchos de los cuales no se pueden obtener de otro modo. Cálculos, sarcoma, tuberculosis, quistes renales, estrechez nretal, divertículos en la vejiga, ptosis de los riñones—he ahí lo que se puede descubrir con radiografías. Por eso, ante todo caso con síntomas de trastorno renal posible, conviene consultar a un radiólogo...

. . . Y para verdadera seguridad de obtener detalle y nitidez para el diagnóstico, convicne se tome el examen en Películas Eastman para Radiografías.

EASTMAN KODAK COMPANY Rochester, N. Y., E. U. A.

Sírvanse mandarme de antemano un ejemplar de su nueva revista *en castellano* titulada "Radiografías."

Nombre	
Dirección	~

i Nuevo!

PRONTO ALIVIO DE LAS TOSES

CEROSE (CITRADO)

De Sabor Agradable, Inofensivo y Eficaz

Desprende y licúa las secreciones bronquiales.
Alivia los espasmos de toses ásperas o irritantes.
Ayuda a mantener el equilibrio alcalino.
Estimula la diuresis y la diaforesis.
Facilita la expectoración.

Se envasa en botellas de 118 c.c. y 236 c.c. De venta en todas las farmacias.

NO CONTIENE AZUCAR



FORMULA

Sulfoguayacolato de Poiasia 1.744 grms.

Mental, Glicerina y Agua, c. s. . . 100 c. c.

NARCOTICO EXENTO

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. de A.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

MARZO, 1935

Núm. 3.

INTRODUCCION

Cumpliendo con la norma que nos hemos trazado al hacernos cargo de la dirección de esta revista, y en el mismo sentido que han sido inspirados los editoriales que se han venido publicando en el presente año, queremos que quede constancia histórica de todos los eventos por que está pasando la clase médica de Puerto Rico, para que los hombres que vengan detrás de nosotros puedan dictaminar en justicia, cuál ha sido la posición de la Asociación Médica de Puerto Rico ante los hechos políticos y económicos que se han sucedido en nuestro país. Y así, en el presente número, hemos dejado a un lado todo lo que se refiere a exposición científica, y lo dedicamos al problema de la Beneficencia Municipal, transcribien-Al final de dichos do integramente tres documentos históricos. documentos aparece expuesta, en un enjundioso editorial con la firma de uno de nuestros más prestigiosos compañeros, la crítica sintética de todos ellos, y en un breve resumen la historia de cuál ha sido, en todo momento, la actitud de la clase médica en este asunto tan debatido, o sea, la atención justa, eficaz, científica y económica de la población enferma indigente de nuestro país.

El problema de la Beneficencia Municipal no debe prestarse a ser monopolizado por ambiciones egoístas y de baja categoría, y la defensa de cualquier proyecto de ley que se intente en el futuro, no podrá hacerse, de aquí en adelante, por medio de campañas estridentes y ridículas, perifoneadas a los cuatro vientos por ambiciosos politicians: tendrá que ser resuelta por los hombres mejores y mejor preparados de nuestra clase médica.

Recomendamos pues, a nuestros compañeros, la lectura cuidadosa de este número, que deberá ser archivado cuidadosamente, para usar de él en tiempo oportuno.

LA REDACCION.

PROYECTO DE LEY REORGANIZANDO LA BENEFICENCIA PUBLICA MUNICIPAL EN LOS MUNICIPIOS DE SEGUNDA Y TERCERA CLASE EN P. R., PRESENTADO EN LA CAMARA DE REPRESENTANTES POR LOS DOCTORES FIGUEROA, HERRERO Y VILLAMIL

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Esta Ley organizando la Beneficencia Pública Municipal en los municipios de segunda y tercera clase, será denominada: "Ley de Beneficencia Pública Municipal".

Sección 2.—Por la presente queda organizado el servicio de asistencia a enfermos indigentes o insolventes por medio de la Beneficencia Pública Municipal en los municipios de segunda y tercera clase de acuerdo con el siguiente plan:

- 1. Servicio de asistencia hospitalaria en siete hospitales de Distrito de Beneficencia.
- 2. Servicio de traslado de pacientes por medio de ambulancias.
 - 3. Servicio de dispensario.
- 4. Servicio de emergencia en salas de emergencia o unidades hospitalarias locales.
- 5. Asistencia médica domiciliaria de acuerdo con las necesidades técnicas de cada caso.
 - 6. Servicio dental.
 - 7. Servicio de enfermeras.
 - 8. Servicio de comadronas.
 - 9. Servicio de practicantes.
 - 10. Servicio de casos crónicos.
 - 11. Servicio de investigación social.

Sección 3.—Para el funcionamiento de esta Ley, por la presente se crea un organismo supremo de beneficencia llama-

do Junta Territorial de Beneficencia y siete organismos uno en cada distrito de Beneficencia de los que por esta ley se crean, llamados Juntas de Distrito de Beneficencia.

Sección 4.-La Junta Territorial de Beneficencia será formada por nueve miembros dos de los cuales deberán ser médicos nombrados por el Gobernador de Puerto Rico con el consejo y consentimiento del Senado, y quienes deberán estar debidamente autorizados para ejercer la medicina en Puerto Rico y poseer experiencia de no menos de cinco (5) años en el ramo de Beneficencia Pública. Los otros siete miembros serán designados por la mayoría de votos de los Alcaldes (o sus representantes) correspondiente a cada distrito de Beneficencia de los que por esta Ley se crean más adelante.

Sección 5.—Dentro de los dos meses inmediatamente después de constituída la Junta Territorial de Benedicencia, ésta deberá hacer la división de la Isla en siete distritos llamados Distritos de Beneficencia. La formación de cada distrito de Beneficencia se hará agrupando pueblos contiguos y de conformidad con el número de habitantes de modo que, hasta donde fuere posible, resulte igualitario el número de habitantes en todos los distritos de Beneficencia; Disponiéndose, que para constituir la primera Junta Territorial de Beneficencia y designar los re-

presentantes de la misma, y para este único objeto, se considerarán los actuales distritos senatoriales como distritos de Beneficencia; Disponiéndose además, que inmediatamente que estuvieren organizados los distritos de Beneficencia la Junta Territorial de Beneficencia será reorganizada de acuerdo con la división de distritos que fuere hecha por la Junta Territorial de Beneficencia.

Sección 6.—Los miembros de la Junta Territorial de Beneficencia serán designados por un término de cuatro (4) años, y desempeñarán sus cargos hasta que sus sucesores sean debidamente designados y tomen posesión.

Sección 7.—La Junta Territorial de Beneficencia se reunirá una vez cada mes en la capital de la Isla; Disponiéndose, que los miembros de dicha Junta servirán sus cargos ad honorem, pero tendrán derecho a gastos de viaje y millaje de acuerdo con los reglamentos en vigor, o que fueren promulgados por el Auditor de Puerto Rico con la aprobación del Gobernador.

Seccion 8.—La Junta de Beneficencia havá constar sus procedimientos, acuerdos y resoluciones que aprobare en actas que se llevarán por el Secretario de dicho organismo, en libros encuadernados, foliados y habilitados por certificación del Presidente y del Secretario, extendida en la primera página útil de cada libro, creditiva del número de páginas en blanco de que consta cada uno de tales libros. Estos libros de actas se conservarán bajo la custodia del Secretario de la Junta Territorial de Beneficencia.

Sección 9.—Los acuerdos y resoluciones adoptados por la Junta Territorial de Beneficencia regirán a los diez días después de aprobados y promulgados, salvo circunstancias extraordinarias y que requieran su vigencia inmediata, en cuyo caso, para su aprobación serán necesarias no menos de las dos terceras partes del total de votos de miembros de la Junta, así como la declaración en su texto de dicha vigencia.

Sección 10.-La Junta Territorial de Beneficencia, para los efectos de esta Ley, será considerada como un organismo público con personalidad jurídica y sucesión perpetua y tendrá facultades en ley para: (a) Demandar y ser demanda da en juicio; (b) Exigir el cumplimiento de obligaciones en derecho y ejercitar toda clase de acciones judiciales; (e) Adquirir propiedades por compras, permuta, derecho, legados o cualquier otra medida sancionada por ley, y podrá poseerla, administrarla o venderla en beneficio del servicio de Beneficencia Pública Municipal; (d) Ejercitar todos los derechos, facultades y prerrogativas que por esta Ley se le confiere, incluyendo la suspen sión y/o, destitución de empleados.

Sección 11.—La Junta Territorial de Beneficencia tendrá, con sujeción a las disposiciones de esta Ley, las siguientes atribuciones:

- 1. Aprobación del presupuesto de ingresos y gastos correspondientes a los distintos ramos del servicio de Beneficencia; Disponiéndose, que si por alguna razón la Junta Territorial de Beneficencia se viera impedida de formular el presupuesto anual de ingresos y gastos para el próximo año económico, regirá el presupuesto vigente hasta donde fuere posible, de conformidad con las instrucciones que fueren remitidas a la Junta por el Auditor.
- 2. Reglamentación y coordinación de todos los servicios de Beneficencia inclu-

yendo hospitales, servicio de ambulancias, salas de emergencia o unidades hospitalarias locales, dispensarios, asilos, asistencia médica domiciliaria, servicios de: dentistas, comadronas, enfermeras, practicantes e investigación social.

- 3. Nombramiento del personal correspondiente a los distintos servicios de Benesicencia que por esta Ley se establece: Disponiéndose, que los empleados que fueren removidos de sus puestos por la Junta de Beneficencia, podrán apelar ante la corte de distrito correspondiente dentro del término de diez días después de haber recibido el aviso de remoción La corte de distrito considerará y resolverá las cuestiones de hecho y de derecho envueltas en la apelación dentro de un plazo no mayor de treinta días después de la radicación de la apelación y dictará sentencia en el caso, la cual será final.
- 4. Aprobación de todos los gastos correspondientes a los servicios de Beneficencia en su ramo de asistencia a enfermos insolventes.
- 5. Aprobación de transferencias de créditos entre partidas del presupuesto de Beneficencia.
- 6. Adjudicación de subastas; Disponiéndose, que toda la compra de materiales, medicinas, drogas, instrumental quirúrgico, equipo y efectos de todas clases se harán por conducto del Negociado de Materiales Imprenta y Transporte del Gobierno Insular.

Sección 12.—Dentro de los primeros treinta días después de la vigencia de esta Ley el Gobernador de Puerto Rico convocará a reunión a los alcaldes o sus representantes en la cabecera de cada distrito senatorial de modo a proceder a la elección, por mayoría de votos, del re-

presentante del distrito ante la Junta Territorial de Beneficencia. Una vez electos los siete representantes de los distritos ante la Junta Territorial de Beneficencia el Gobernador nombrará dentro de un término de diez días los dos miembros de nombramiento gubernamental; Disponiéndose, que el representante del alcalde, en cada caso deberá ser un funcionario ejecutivo del respectivo municipio.

Sección 14.—Los miembros de la Junta Territorial de Beneficencia prestarán juramento, ante un funcionario competente, y tomarán posesión de sus respectivos cargos tres días después de designados los miembros de nombramiento gubernamental. En la sesión inaugural la Junta, por votación secreta, elegirá, de su seno, un Presidente, un Vice Presidente y un Secretario Administrativo el cual no será miembro de la Junta. También la Junta designará, en dicha sesión inaugural, un comité especial que proceda inmediatamente a la confección de un reglamento interior de la Junta.

Sección 15.-El término de la sesión mensual de la Junta Territorial no excederá de tres días laborables consecutivos y el de la sesión inaugural no excederá de diez días laborables consecutivos; Disponiéndose, que la sesión mensual ordinaria de la Junta Territorial de Beneficencia comenzará el primer lunes de cada mes; Disponiéndose, además, que la Junta Territorial de Beneficencia no podrá celebrar más de una sesión extraordinaria mensual de un día de duración: Disponiéndose, también, que la Junta Territorial de Beneficencia celebrará una sesión especial de no más de cinco laborables consecutivos de ración, que comenzará el día 10 de junio

de cada año, con el exclusivo propósito de considerar el presupuesto ordinario de ingresos y egresos correspondiente al año económico siguiente.

Sección 16.—Juntas de Distrito de Beneficencia.—Estarán formadas por el Alcalde (o su representante) de cada municipio de los que integran el distrito correspondiente; Disponiéndose, que será incompatible el cargo de miembro de la Junta de Distrito de Beneficencia con el de miembro de la Junta Territorial de Beneficencia; Y disponiéndose, además, que en caso de delegación de la representación del alcalde en un representante ante la Junta de Distrito de Beneficencia, ésta deberá recaer en un funcionario ejecutivo de su administración.

Sección 17.—La Junta de Distrito de Beneficencia se reunirá el último lunes de cada mes en la cabecera de distrito correspondiente y celebrará sesión ordinaria de no más de tres días de duración; Disponiéndose, que podrá celebrar una sesión extraordinaria mensual de no más de un día de duración.

Sección 18.—En la sesión inaugural, cada Junta de Distrito de Beneficencia elegirá de su seno, por mayoría de votos. y en elección secreta, un presidente, un vice presidente y un secretario.

Sección 19.—Los miembros de la Junta de Distrito de Beneficencia no recibirán dietas pero tendrán derecho a gastos de viaje y millaje de acuerdo con los reglamentos en vigor, o que fueren promulgados por el Auditor de Puerto Rico con la aprobación del Gobernador.

Sección 20.—La Junta de Distrito de Beneficencia tendrá las siguientes facultades y debercs:

1. Recomendar a la Junta Territorial de Beneficencia, para su nombramiento. el personal correspondiente a cada distrito.

- 2. Enviar en o antes del 1º de mayo de cada año un cálculo probable de los gastos correspondientes al año económico siguiente por los servicios de Beneficencia del distrito respectivo.
- 3. Velar por el estricto cumplimiento de toda reglamentación que sea promulgada por la Junta Territorial de Beneficencia.
- 4. Recomendar las transferencias de créditos que sean necesarias entre partidas del presupuesto correspondiente a su respectivo distrito.
- 5. Establecer un registro de insolventes en cada uno de los municipios que comprenda su distrito respectivo enviando copia certificada a la Junta Territorial; Disponiéndose, que para los efectos de esta Ley se considerará como insolvente a toda persona natural cuyos ingresos anuales por todos conceptos, no excedan de la cantidad de cuatrocientos sesenta (460) dólares anuales.

Sección 21.—Por la presente se crea el cargo de Superintendente Médico del servicio de Beneficencia, quien no podrá ejercer la profesión y dedicará todo su tiempo al desempeño de las funciones del cargo. Percibirá un sueldo de cinco mil (5,000) dólares anualmente y tendrá las siguientes facultades y deberes:

- 1. Supervisará los hospitales de distrito, salas de emergencia y trabajo técnico de todo el personal adscrito al servicio de Beneficencia.
- 2. Rendirá informe mensual a la Junta Territorial con el resultado de sus visitas mensuales a los distritos de Beneficencia.
- 3. Asesorará técnicamente a la Junta cuando sus consejos fueren solicitados.

- 4. Velará porque se cumplan y hará que se ejecuten las reglamentaciones trazadas por la Junta.
- 5. Tendrá derecho a una dieta de tres (3) dólares y pago de millaje correspondiente por cada día de supervisión que efectuare fuera del distrito de Beneficencia en que resida.

Sección 22.—El Superintendente de Beneficencia tendrá su oficina donde estuviere la de la oficina de la Junta Territorial de Beneficencia y nombrará para su oficina un taquígrafo con setecientos veinte (720) dólares anual, un oficial de récord con seiscientos (600) dólares anual y un mensajero con cuatrocientos cincuenta (450) dólares anual.

Sección 23.—Los ingresos que ha de disponer la Junta de Beneficencia para formulación del presupuesto procederán de las fuentes siguientes:

Cuota Municipal	\$ 400,000.00
Proporción del Producto neto de la Lotería.	425,000.00
Proporción del producto de los arbitrios de im-	
puestos sobre eigarros y cigarrillos de acuerdo	
con las leyes vigentes	220,000.00
Seis por ciento de Sanidad	90,000.00
Proporción del producto de contribución sobre	
herencia	65,000.00
Total .	\$ 1 200 000 00

Sección 24.- Cuota Municipal. - La cuota municipal estará constituída por el 30 por ciento del montante de las contribuciones cobradas por el Tesorero de Puerto Rico durante cada mes, que corresponda a fondos ordinarios; Disponiéndose, que el Tesorero de Puerto Rico retendrá y por la presente se le ordena que retenga, en su poder dicho 30 por ciento, cantidad que ingresavá en un fondo especial o Trust Fund, según se dispone más adelante; Disponiéndose, además, que esta retención se hará a medida que se fueren cobrando las contribuciones de los municipios y en ningún momento se descontará dicho 30 por ciento de una sola vez a menos que dichas contribuciones se ingresaran totalmente.

Sección 25.—Proporción del Producto Neto de la Lotería.—Esta fuente de ingreso la constituirá la proporción municipal del producto neto de los sorteos ordinarios y extraordinarios que se celebreu durante cada año en Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de las leyes vigentes al efecto e ingresarán en el Fondo de Beneficencia, Fondo Especial que por la presente se establece.

Sección 26.—Proporción del Producto de los Arbitrios Impuestos Sobre Cigarros y Cigarrillos de Acuerdo con las Leyes Vigentes.—Esta fuente de ingreso la constituirá el 10 por ciento de lo ingresado por arbitrio insular sobre cigarros y cigarrillos; Disponiéndose, que el Tesorero de Puerto Rico separará el equivalente de dicho 10 por ciento de tales ingresos y los depositará en un fondo llamado Fondo de Beneficencia que por esta Ley queda creado.

Sección 27.—Seis por ciento de Sanidud.—Esta fuente de ingreso consistirá del 6 por ciento que retiene el Tesorero de Puerto Rico de acuerdo con las disposiciones de la Sección 7 de la Ley Municipal vigente, cantidad que por la presente se dispone sea ingresada al fondo de beneficencia que por la presente Ley se crea.

Sección 28.—Proporción del Producto de Contribución Sobre Herencia.— El producto total de la contribución sobre herencia que sea cobrado por el Tesorero de Puerto Rico de acuerdo con la ley en vigor, ingresará en el fondo de beneficencia que por esta ley se crea.

Sección 29.—Los ingresos a que se refiere la sección anterior se depositarán por el Tesorero de Puerto Rico en un fondo que se titulará Fondo de Beneficencia Pública Municipal (fondo especial) y todos los pagos con cargo a este fondo serán hechos mediante libramientos expedidos por el Auditor de Puerto Rico y refrendados por el Gobernador, de conformidad con las disposiciones de ley en vigor regulando el desembolso de fondos públicos.

Sección 30.—Por la presente se autoriza y faculta al Tesorero de Puerto Rico para que con la aprobación del Gobernador, tome a préstamo una suma no ma-

yor de novecientos mil (900,000) dólares a un tipo de interés no mayor del 4½ por ciento anual la cual será dedicada a la construcción de Hospitales de Distrito de acuerdo con los planos que sean preparados al efecto por el Comisionado del Interior para dar cumplimiento al plan de hospitales de distrito que por esta Ley se provee.

Sección 31.—Tanto el principal como los intereses del empréstito a que se refiere la sección anterior serán pagados del producto de una contribución especial de .10 del 1 por ciento del valor tasado de toda la propiedad mueble e inmueble existente en Puerto Rico no exenta del pago de contribuciones, la cual por la presente se autoriza v ordena al Tesorero de Puerto Rico para que imponga y cobre, a partir de julio 1º de 1940 y durante los años económicos sucesivos; Disponiéndose, que los intereses devengados durante los años económicos del 1935-36 al 1939-40, inclusive, serán pagados con cargo al fondo de Beneficencia Pública Municipal creado por esta Ley.

Sección 32.—La Junta Territorial de Beneficencia, al asignar las partidas de egresos en el presupuesto, que por esta Ley se le faculta a confeccionar, lo hará dentro de la siguiente norma:

PERSONAL DE CADA HOSPITAL DE DISTRITO

Un cirujano	Méd	ico Direc	ctor a	cargo	del	Se	rvic	io	
Un cirujano auxiliar jefe de internos 1,200.0 Un tocólogo	de	Medicia	na .						\$ 2,500.00
Un cirujano auxiliar jefe de internos 1,200.0 Un tocólogo	Un	cirujano							2,400.00
Un bacteriólogo (full time) 2,000.0 Un radiólogo (part time) 1,200.0									1,200.00
Un radiólogo (part time) 1,200.0	Un	tocólogo							2,400.00
	Un	bacteriól	logo (full ti	ime)				2,000.00
Cuatro internos a \$720 cada uno . 2,880.0	Un	radiólog	o (pa	rt tin	ie)				1,200.00
	Cua	tro inter	rnos a	\$720	cad	la	uno		2,880.00

Un dentista	1,500,00
Dos practicantes a \$720 cada uno.	1,440.00
Una nurse superintendenta	900.00
Diez nurses a 8600 cada una	6,000.00
Tres nurses comadronas a \$720 cada	
una	2,160.00
Tres enfermeras a \$300 cada una .	900.00
Treinta y cinco alumnas enfermeras	
\$120 cada una	4,200.00
Uu administrador hospitales y encar-	
gado propiedad	900.00
Un llavero y guardalmacén	480.00
Una matrona para enfermeras	360.00
Un taquígrafo y encargado de records	600.00
Dos telefonistas a \$360 cada una .	720.00
Un cavpintero a 8540	540.00
Un plomero a \$540	540.00
Dieciséis lavanderas a \$180 cada una	2.880.00
Dieciséis sirvientes a \$180 cada uno	2.880.00
Dos cocineros a \$300 cada uno	600.00
Dos auxiliares cocineros a \$180 .	360.00
Una costurera	360.00
Cuatro sirvientes para reparto co-	
mida a \$120	480.00
Total	\$ 43,380.00
	,
GASTOS EVENT	UALES
Alimentación enfermos y empleados	
a 20 centavos cada uno	\$ 22,000.00
Gas fluído	1.000.00
Adquisición equipo (propiedad no	
fungible)	500.00
Adquisición instrumentos de cirugía	500.00
Adquisición material y aparatos la-	
boratorio	500.00
Adquisición material rayos X	500.00
Adquisición ropa cama y camisas en-	
fermos	1.200.00
Material de limpieza	500.00
Alumbrado	600.00
Material y gastos de oficina	
Material y gastos de oucina	500,00

Total gastos eventuales . \$ 22,800,00

Sostenimiento del personal y gastos eventuales de un Hospital de Distrito	71,180.00
Sostenimiento de siete Hospitales, uno en cada Distrito de Benefi- cencia	\$198,260.00
SERVICIO AMBULANCIAS PARA DE DISTRITO	
Seis Chauffeurs a \$600 cada uno . \$ Seis auxiliares para ambulancia a	
\$300	1,800.00 3.500.00
Total	\$ 8,900.00
pitales de Distrito	
Noventa y cuatro médicos para el ser- vicio de emergencia local hospita- lario y para la atención del dispen-	
sario a \$2,100 cada uno \$ Sesenta y cuatro <i>nurses</i> para dispensarios y salas o unidades hospita-	\$197.400.00
larias de emergencia a \$600 cada	
una	38.400.00
Sesenta y cuatro nurses comadronas a \$600 cada una	48,400.00
\$1.200 cada uno	36,000.00
Treinta y seis practicantes a \$600	21,600.00
Total	\$ 331,800.00
Para el servicio de dispensario inclu-	
yendo sostenimiento de doce camas en cada pueblo y pago de tres alum-	
nas, dos sirvientes, nua lavandera	
y una cocinera	150,000.00

SERVICIO DE MEDICINAS

Un rarmacéutico .				.%	-1,0	100.	313	
Tres farmacéuticos au	ixilia	res a	\$600		1.8	300.)()	
Seis sirvientes a \$180	cada	uno			1,0	80.	00	
Para adquisición de d	rogas	y pr	odue-					
tos químicos		•		1	25,0	000.	00	
Total								128.880.00
					•			
OFICINA DEL S	UPE:	RINT	reni	EN	TE	DE	L SF	ERVICIO
DE BENEFICE	ENCI	AY	DIE	TA	SD	E 1	A J	UNTA

Un	superintendente	de	ben	etto	enc	ia	8	5,000.00
Un	taquigrafo							720.00
$\mathbf{U}\mathbf{n}$	oficial de récords							600.00
Un	mensajero							450.00
Mat	terial de oficina							1,000.00

JUNTAS DE BENEFICENCIA Y JUNTAS DE DISTRITO

Beneficencia y Juntas de Distrito	
y dietas y millaje del Superinten-	
dente de Beneficencia	\$ 2,000.00
Un secretario-taquígrafo de la Junta	1,500.00
Un oficial de récords	720.00
Un mecanógrafo	600.00
Un mensajero	450.00
Un sirviente y portero	360.00

Miliaje de la Junta Territorial de

Total. 5,630.00

Costo total del Servicio de Beneficencia \$1,184,640.00

Sección 33.—La construcción de los Hospitales de Distrito, así como de las unidades hospitalarias de emergencia y reparación de las salas de emergencia o unidades hospitalarias que por esta ley se establecen, provistas de su correspondiente equipo, se hará de acuerdo con la siguiente pauta:

CONSTRUCCION DE HOSPITALES DE DISTRITOS, EQUIPO Y UNIDADES HOSPITALARIAS DE EMERGENCIA CON SU EQUIPO

Siete Hospitales de Distrito de 200	
camas cada nua a razón de \$250	
por cama	\$350,000.00
Equipo para siete hospitales de dis-	
trito a \$2.500 cada nno	175,000.00
Adquisición de 21 ambulancias a ra-	
zón de tres ambulancias por cada	
hospital de distrito a \$2,000 cada	
una	42,000.00
Diecinueve (19) Unidades Hospitala-	
rias de Emergencia de doce (12)	
camas cada una, a razón de \$250	
por cama y equipo a razón de	
\$1,500 por cada uno de los hospita-	
les de los pueblos que a continua-	
ción se expresan: Adjuntas, Aguas	
Buenas, Cataño, Ceiba, Cidra, Co-	
rozal, Dorado, Guaynabo, Hatillo.	
Isabela, Las Marías, Moca, Naran-	
jito, Orocovis, Rineón, Río Grande,	
San Germán, Trnjillo Alto y Vi-	
llalba	85,500.00
Reparación y equipo de cincuentiún	
(51) hospitales en los municipios	
de segunda y tercera clase a razóu	
de \$1,500 cada uno	76,500.00
Gastos Generales	71,000.00
Costo Total de construcció	n, reparación
y equipo de hospitales	\$ 800,000.00

Disponiéndose, que la Junta Territo rial de Beneficencia tendrá facultades, sin alterar la estructura básica del Plan que por esta Ley se traza, para efectuar aquellas modificaciones que fueren necesarias, así como para reglamentar la distribución del personal médico, dentistas, enfermeras, comadronas, practicantes, y enfermeros, de acuerdo con las necesida-

des del servicio de Beneficencia en cada Distrito de Beneficencia, sujeto todo aquello lo que se refiere este Disponión-dose como a la confección del presupuesto, a la aprobación de la Comisión Económica de la Legislatura,

Sección 34.—Todos los servicios de Beneficencia, que por esta Ley se estable cen, serán reglamentados por la Junta Territorial de Beneticencia; Disponióndose, que dicho organismo, de acuerdo
con el Gobernador de Puerto Rico, hará
que el Tesorero tome a préstamo inmediatamente la cantidad a que se le autoriza
por esta Ley y simultáneamente se proceda, por el Comisionado del Interior, a
la construcción del correspondiente hospital de cada distrito. Y disponiéndose
además, que una vez construído el sistema de hospitales que dispone esta Ley,
se pondrá en completo funcionamiento el
servicio de Beneticencia, de acuerdo con
las disposiciones de esta misma Ley.

Sección 35.—Disposiciones Generales. Tan pronto como entre en vigor la presente Ley, la Junta de Beneficencia de cada distrito de Beneficencia Municipal procederá a la reorganización de los servicios de Beneficencia de acuerdo con los poderes y facultades que por esta Ley se le confiere.

Sección 36.—Todas las propiedades municipales dedicadas a fines de Beneficencia y todo el equipo, enseres, materiales, y toda clase de implementos, utensilios n otros objetos de cualquier clase que sean usados para dichos fines, serán traspasados por los municipios correspondientes a la Junta Territorial de Beneficencia, de acuerdo con las reglas que se han promulgado al efecto por el Auditor de Puerto Rico de conformidad con las disposiciones del Acta Orgánica.

Sección 37.—Los traspasos de propiedad inmueble que se hicieran en consonancia con las disposiciones de esta Ley, serán hechos mediante escritura pública.

Sección 38.—Las propiedades así traspasadas a la Junta Territorial de Beneficencia serán por ésta nsadas para fines exclusivos de Beneficencia Municipal eu su respectivo distrito y tales propiedades deberán ser reparadas y conservadas por dicha Junta Territovial.

Sección 39.—Todo funcionario o empleado de cualesquicra de los organismos creados por esta Ley, que tenga bajo su enstodia propiedad, y, o fondos pertenecientes al Pueblo de Puerto Rico, deberá prestar fianza en la cuantía que sea fijada por la Junta Territorial de Beneficencia de acuerdo con las leyes y reglamento que rijan sobre la materia; Disponién dose, que las primas correspondientes serán pagadas con cargo a los fondos de dicha Junta Territorial de Beneficencia.

Sección 40.—Toda ley o parte de ley que se oponga a la presente, queda por ésta derogada, y especialmente queda derogada sólo en cuanto estuviere en conflicto con esta Ley, la Ley número 53 titulada "Ley estableciendo un sistema de gobierno local para los municipios de Puerto Rico", aprobada el 28 de abril de 1928, según fué enmendada por la ley número 98 aprobada el 15 de mayo de 1931.

Sección 41.—Si cualesquiera cláusula, párrafo, artículo, sección, o parte de esta Ley fuera declarada inconstitucional por un tribunal con jurisdicción competente, dicho fallo no afectará, perjudicará o invalidará el resto de esta Ley. sino que sus efectos quedarán limitados a la cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de la presente que así hubiere sido declarada inconstitucional.

Sección 42.—Esta Ley empezará a regir a los noventa días después de su aprobación.

MEMORIAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO EN RELACION CON LA BENEFICENCIA MUNICIPAL.

El comité especial nombrado por el presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico para hacer un estudio y recomendaciones específicas acerca de la Beneficencia Municipal, y el cual estaba compuesto por los comités de Beneficencia y Legislación y Política y tres miembros de la Cámara de Delegados de dicho organismo, celebró varias renniones bajo la presidencia del doctor E. García Cabrera, y a las cuales concurrieron los siguientes miembros:

Dr. José Alúm Pérez

Dr. A. Fernós Isern

Dr. J. M. Armaiz

Dr. J. Rodríguez Pastor

Dr. A. Muñiz

Dr. F. M. Susoni

Dr. M. Pavía Fernández

Dr. L. Pereira Leal

Dr. José S. Belaval

Dr. Rafael López Nussa

Dr. Pedro Perea

El siguiente informe en relación con la Beneficencia Municipal fué redactado:

Hace poco más o menos un año que la Asociación Médica de Puerto Rico presentó al Honorable Gobernador, a la Honorable Legislatura y a los Honorables Alcaldes y Asambleas Municipales de Puerto Rico un memorial y proyecto de ley reorganizando la Beneficencia Municipal, que comenzaba con estas palabras:

"La Asociación Médica de Puerto Rico ha tenido siempre desde su fundación una gran preocupación por el problema de la Beneficencia Municipal que desde los tiempos del cambio de soberanía ha permanecido en un estado de estancamiento o

de leve progreso que no está a tono con el grado de cultura y civilización que hemos alcanzado en otros órdenes. Nuestro vivo interés en el servicio médico que se presta a las clases menesterosas de Puerto Rico se basa no en meros intereses de clase sino en que ello afecta de manera seria y profunda al bienestar. la tranquilidad y hasta la vida misma de no menos de un ochenta por ciento de nuestra población que depende de dicho servicio para la enración y alivio de sus males físicos. Consideramos pues, que es nuestra obligación ineludible comparecer una vez más ante las autoridades competentes y ante el pueblo de Puerto Rico para señalar los graves defectos de que adolece este sistema arcaíco y anticientífico y proponer a la vez remedios que mejoren en parte la intolerable situación actual y tracen pautas para que en un futuro no mny lejano la atención médica de esta gran mayoría de nuestro pueblo sea una labor científica y provechosa v no nna farsa irrisoria y despiadada."

Durante el transcurso del año se ha agravado la situación económica del país en general y la de los municipios en particular; ha aumentado de una parte el número de personas que necesitan servicios médicos gratuítos y ha disminuído de otra parte la capacidad de los servicios médicos que los municipios pueden ofrecer. La situación es tal, que no se exagera al proclamar el colapso del servicio municipal de beneficencia.

Debe ser aspiración de la clase médica de Puerto Rico, tanto en un sentido profesional como patriótico, que el número de personas que necesitan acudir a estos servicios de carácter público quede reducido a un mínimum a virtud de la elevación del nivel social y económico de nuestro pueblo y del aseguramiento de una vida independiente para el promedio de los cindadanos. En consecuencia, es nues tro más ferviente anhelo que se lleven a cabo cuanto antes los planes fundamentales para la reconstrucción económica del país, a virtud de la cual habrá de resultar la reducción del número de personas que tengan que depender de la beneficencia pública para sus servicios de asistencia médica, la elevación y dignificación de nuestras masas proletarias y el robustecimiento de nuestro erario. Pero, puesto que dicho plan ha de tardar, por rápido que marche, en dar su fruto y, puesto que la situación de desamparo de nuestro pueblo en cuanto a servicio médico no admite demora, y teniendo en cuenta la existencia de una organización nacional para ayuda de emergencia, que en el propio continente ha acudido a prestar servicio a los desempleados e indigentes, es natural se aenda a este recurso como remedio temporal del mal, y así estimamos que debe hacerse.

Ahora bien, siempre habrá de quedar el sistema de beneficencia para el número de indigentes inevitables, y dicho sistema necesita una reorganización, que por las facilidades de ayuda nacional que a tal fin puedan ahora obtenerse, acaso sea este el momento más oportuno de plantear la reforma. En otras palabras, al emerger el país de esta situación transitoria y de reajuste económico en que nos encontramos, ese sistema de beneficencia deberá ostentar los lineamientos de un

sistema científico, adecuado y eficiente, a tono con las demás manifestaciones de la vida social puertorriqueña.

Para llevar estos propósitos a cabo creemos que no podríamos hacer nada mejor que insistir en nuestras recomendaciones del año pasado, que fueron articuladas en un proyecto de ley sometido a la Asamblea Legislativa y que materializaba las ideas de la Asociación Médica a este respecto expresadas en el memorial que acompañaba al proyecto.

Parece además propicio el momento, puesto que la Legislatura ha reconocido, mediante la aprobación del plan de rehabilitación de la Comisión Económica, la necesidad de acudir a la reforma de la Beneficencia Municipal.

En reciente fecha se ha hecho público un plan de beneficencia patrocinado por el representante a la Cámara doctor Leopoldo Figueroa, el cual ha sido sometido a una asamblea de alcaldes celebrada recientemente en el Capitolio Insular, y como dicho plan no responde, a nuestro juicio, a las necesidades del caso, la Asociación Médica de Puerto Rico, que representa legitimamente los intereses de la clase médica y que tiene en su seno una gran mayoría de los miembros de la misma, que tradicionalmente ha sido portavoz organizado de la opinión médica de la isla, cree su deber comparecer de nuevo ante la opinión pública y ante los organismos administrativos y representativos del país, para hacer las signientes manifestaciones:

PRIMERO: Que hasta ahora ha aceptado el sistema de asistencia médica para indigentes suministrado por los municipios de Puerto Rico en la forma y en la extensión en que se ha hecho, cediendo a las imperiosas necesidades económicas de nuestro pueblo e inspirada por el espíri-

tu de sacrificio que siempre la ha animado, pero siempre reconociendo los defectos fundamentales de que adolece el sistema y recabando mejoras que lo hicieran más tolerable o que establecieran de una vez una reforma fundamental.

SECUNDO: Que nunca ha aceptado dicho sistema a base de los principios que informan el plan conocido como "state medicine", o sea, la organización de los servicios médicos de la comunidad como función pública a cargo del gobierno, por entender que la profesión médica debe seguir siendo una profesión libre; que la relación volnutaria, individual y privada entre paciente y médico debe subsistir y que el sistema de "state medicine" es injusto para la profesión médica y para el paciente y mata los estímulos para el progreso profesional.

TERCERO: Que los servicios de asistencia médica sufragados por el estado o por los municipios y ofrecido gratuitamente a los ciudadanos deben quedar restringidos a aquellos que no puedan por su propio peculio subvenir a dichas necesidades.

CUARTO: Que se opone a cualquier sistema de servicio médico, que bajo el pretexto de acorrer a las necesidades cindadanas convierta en su mayor proporción el ejercicio de la profesión en Paerto Rico al sistema de "state medicine" bajo una organización central sostenida por fondos públicos, la cual pudiera reducir a una mayoría de los miembros de la clase médica del país a la posición subalterna de empleados públicos bajo sueldo fijo, mientras por otra parte, limitaría de una manera permanente al resto de los miembros de la profesión al ejercicio de la misma dentro de un número reducidísimo de habitantes del país no

incluídos en los beneficios de los servicios establecidos por el estado.

QUINTO: Que lo anteriormente dicho no altera sus declaraciones de otras fe chas en el sentido de que recomienda la creación, con fondos públicos, de hospitales en número suficiente para las necesidades de beneficencia del país, e igualmente, el subsidio por parte del gobierno insular a municipios o grupos de municipios para el establecimiento de servicios médicos destinados a los indigentes, respetando, sin embargo, la libertad de contratación directa entre los profesionales médicos y las antoridades locales.

SEXTO: Que en vista del estado de las finanzas municipales, de las del país y de los ciudadanos en general, y mientras dure el mismo, aboga por que se obtenga de los fondos federales destinados a auxilios de emergencia las sumas que fueren menester para suplementar los servicios médicos que hoy extienden a los desempleados e indigentes el gobierno insular de Puerto Rico y los gobiernos municipales, en la inteligencia de que en muchos casos habrían dichos fondos federales de asumir la atención total de los indigentes de algunas comunidades por el estado de bancarrota de los gobiernos municipales respectivos.

SEPTIMO: Que aboga igualmente y una vez más, por la aprobación de una Junta Insular de Beneficencia para administrar los fondos insulares de beneficencia que pueda arbitrar el Gobierno Insular, organismo que debe tener carácter técnico y funcionar libre de preocupaciones y limitaciones de índole política.

OCTAVO: Aboga igualmente por que se arbitren fondos insulares para beneficencia con el propósito y suficientes para:

- (a) La creación de dos centros médicos de 750 a 1,000 camas cada uno. destinados a beneficencia, y en ampliación de las facilidades médicas insulares de one actualmente se dispone en San Juan y Ponce. Estos centros médicos habrían de estar organizados en tal forma que pudieran ofrecer a la población indigente del país los servicios de las distintas especialidades reconocidas hoy en la profesión y teniendo en cuenta la morbilidad de nuestro país y las atenciones urgentes que aparecen abandonadas hasta ahora de toda atención pública, como ocurre con la reciente morbilidad del cáncer, y cuya atención en forma fundamental y adecuada debería articularse a dichos centros con el carácter individualizado de un Instituto de Cáncer.
- mentación adecnada en el establecimiento de planes de cooperación con los municipios mediante subsidios a los servicios locales debidamente reglamentados, fomentando la agrupación de innnicipios para estos fines, previa aceptación de los municipios afectados, con aprovechamiento de hospitales existentes, y teniendo en cuenta la diversidad de las situaciones de los municipios y regiones.

NOVENO: Que el plan de beneficencia publicado recientemente, y del cual se dice autor el representante a la Cámara doctor Leopoldo Figueroa, y que fuera sometido a una asamblea de alcaldes recientemente, si bien parece inspirarse en los planes arriba enunciados y anteriormente endosados por la Asociación Médica de Puerto Rico, y si bien, efectiva-

mente, los copia en parte, desvirtúa nuestro propósito y hace el sistema tan impracticable y anticientífico, que la Asociación Médica de Puerto Rico lo considera inaceptable por las signientes razones específicas:

> 1—Porque centraliza el servicio médico de beneticencia del país en manos de una Junta Iusular de carácter político.

Demostración: La Junta Insular reglamentaría el funcionamiento de las juntas de distrito y estavía compuesta de un representante por cada distrito, electo por mayoría de votos de los alcaldes respectivos. Es evidente que el partido que controlara el mayor número de alcaldes en cada distrito obtendría un representante de su partido para dicha Junta por ese distrito, y que el partido que controlara mayor número de distritos controlaría la Junta. Una junta así constituída no garantiza en forma alguna la eficiencia técnica ni administrativa ni la más juiciosa e independiente administración del sistema. En otras palabras: sería elevar a dimensiones insulares los defectos de carácter político de que hoy adolece cada uno de los sistemas locales de beneficencia.

2—Porque establecería un sistema de "state medicine" al someter una gran parte de los miembros activos de la profesión médica del país a la condición de empleados de ese organismo central bajo sueldo fijo.

Demostración: El nombramiento, no solo del personal médico de los hospitales de distrito, sino de los 142 médicos para los dispensarios propuestos, estaría a cargo de la Junta Insular de Beneficencia que habría de pagar sus sueldos. Se necesitarían 142 médicos para los dispen-

sarios locales y además no menos de 35 médicos para los hospitales de distrito, sin contar con los de los hospitales de maternidad, con un total de alrededor de 180 médicos. En Puerto Rico hay 410 médicos autorizados a ejercer la profesión; de éstos hay muchos retirados, ausentes, en funciones oficiales full time, etc.

3—Porque si bien asigna fondos insulares para el sostenimiento de hospitales de distrito, la suma de esos mismos fondos destinada a servicios locales no justifica la absorción de la designación del personal local que el plan contempla.

Los foudos insulares Demostración: destinados al plan son exclusivamente el 6% de Sauidad Insular, que monta a \$100,000, v \$400,000 que produciría el impuesto sobre la harina — un total de \$500,000 ó su equivalente. De estos habrian de emplearse \$280,000 en sostener los hospitales de distrito y \$70,000 en transporte de pacientes — total \$350.000. El remanente de \$150,000 con \$250,000 de la lotería haría un total de \$400,000 destinados al pago de personal médico y de enfermeras de los dispensarios (suma exacta \$417,000). Los fondos de la lotería son hoy fondos municipales que dejarían de serlo si el proyecto se aprobara y pasarían a ser fondos insulares bajo el control de la Junta Insular. De modo. que a cambio de \$150,000 por sobre de lo que hoy tienen los municipios por concepto de lotería, perderían estos la facultad que tienen hoy de escoger su personal facultativo: en cambio, el Gobierno Insular se economizaría el gasto de los médicos de beneficencia que hoy paga para unos cuantos municipios.

4—Porque además de que en realidad los municipios habríau de sufragar en su mayor parte el pago de personal con fondos que ya son snyos, tendrían que asignar de fondos ordinarios casi las mismas cantidades de que hoy disponen en efecto y en conjunto para beneficencia, con sacrificio de otras atenciones municipales,

Demostración: Aunque en el plan del doctor Figueroa se dice que los municipios de segunda y tercera clase han invertido durante el año 1933-34 \$525,000 por concepto de beneficencia, es lo cierto que dicha suma representa en realidad la suma asignada, más esta suma ni ha podido ser gastada en totalidad ni han habido fondos suficientes para efectuar los pagos. Así, anuque la asignación total para beneficencia fuera la mencionada, los municipios de segunda y tercera clase pagaron con cargo a su presnpuesto de beneficencia durante el año 1933-34 \$233,225 (no se incluyen en estas cifras los municipios de Aguadilla, Bayamón, Ceiba, Lajas. Lares, Mannabo, Patillas, Quebradillas, Río Piedras, Salinas, Santa Isabel, Trujillo Alto y Yanco con una asignación para beneficencia de alrededor de \$160,-000).

La proporción disponible ha sido de dos terceras partes. Aplicando la regla en general a estos trece municipios, la suma total disponible para los municipios de segunda y tercera clase fué de alrededor de \$325,000 a \$350,000.

De acuerdo con el plan del doctor Figueroa los municipios habrían de asignar de sus fondos ordinarios \$125,000 para medicinas y \$150,000 para hospitalillos de emergencia — total \$275,000. A esta suma hay que agregar lo destinado para ataudes a pobres, atención que tendrían

que seguir sufragando, y que tiene asignado alrededor de \$10,000 al año; socorros a pobres, que llega alrededor de \$5,000 al año; unidades de Salud Pública, que llega alrededor de \$31,800 al año; el cuido de dementes pobres, que monta alrededor de \$2,000, lo que hace un total de alrededor de \$50,000 al año. Es decir, los municipios tendrían que invertir realmente \$275,000 de acuerdo con el plan Figueroa, y asignar \$50,000 adicionales para estos otros gastos, con un total de alrededor de \$325,000.

5—Porque dichas sumas que habrían de aportar los municipios en conjunto, son superiores en la mayor parte de los casos a las verdaderas fuerzas económicas de muchos municipios en particular y en la parte que les correspondería individualmente.

Demostración: Cada hospitalillo costaría a cada municipio \$2,100 anuales, y tendríamos, por ejemplo, que el municipio de Rincón, con un presupuesto de \$9,283, pero con un ingreso real de \$5,800. habría de invertir \$2,100 en un hospitalillo, además de contribuir con la parte proporcional para medicinas, además de perder la lotería y además de tener que seguir enterrando sus muertos y atendiendo sus dementes pobres. En parecida situación se encontrará el municipio de Toa Alta, con un presupuesto de \$18,-516, pero con un ingreso de \$8,700; el de Naranjito, con un presupuesto de \$8,600. pero un ingreso de \$1,824; el de Barranquitas, con un presupuesto de \$14,000. pero un ingreso de \$6,000, etc., etc.

6—Porque en algunos casos los municipios, como en el de Río Piedras, tienen un servicio local superior al que disfrutarían con el plan, y habrían de reducirlo o de

- sostenerlo con desembolsos adicionales a los que señala el plan, resultando en conjunto un gasto mayor del que se estipula.
- 7—Porque el plan de siete hospitales de distrito es anticientífico, no respondiendo a realidades demográficas, geográficas ni médicas.

Demostración: Los distritos senatoriales han tenido desde su creación hasta el presente cambios demográficos, de suerte que no representan una distribución equilibrada de la población de la Isla, y al excluir las poblaciones de primera clase se introduce otro factor de perturbación que altera la distribución poblacional. En el distrito de San Juan se quedaría excluída la ciudad de San Juan, con 125,000 habitantes; en el distrito de Guayama quedaría excluído el municipio de Caguas con 40,000 habitantes; en el distrito de Humacao no quedaría excluído ningún municipio; en el distrito de Ponce quedaría excluído el municipio de este nombre, y en el de Arecibo. el de Arecibo; en el distrito de Aguadilla no quedaría excluído ningún municipio.

La agrupación de municipios en los distritos senatoriales no responde a realidades sociales de comunicación: el municipio de Aguas Buenas está sumamente distante del municipio de Patillas y ambos están en el distrito de Guavama: el municipio de Maricao está en el mismo distrito en que está Hatillo-en el de Aguadilla: el de Río Grande v el de Maunabo están en el mismo distrito de Humacao. y si bien es verdad que para el caso de que se crearan solamente dos hospitales generales podría arguirse respecto a esto las mismas razones, no lo es menos, que con el plan del doctor Figueroa se elimina toda posibilidad de agrupación de municipios para ntilizar hospitales de carácter secundario situados en lugares es tratégicos, céntricos y de fácil y rápido acceso, lo cual se encuentra en nuestro plan, en el cual los hospitales generales no tendrían que rendir esta clase de servicios. En el caso de Río Grande Io natural sería servirlo agrupándolo a Fajardo; en el caso de Aguas Buenas agrupándolo a Caguas; en el caso de Patillas agrupándolo a Guayama; en el caso de Hatillo a Arecibo; en el caso de Maricao a Mayaguez.

No responde a realidades médicas, porque la distribución del personal facultativo de la isla no responde a la división política de siete distritos, estando agrupados el mayor número de profesionales. y sobre todo, los que se dedican a especialidades, en los mayores centros urbanos: San Juan tiene 149 médicos; Ponce 42 y Mayaguez 24. En cambio Arecibo tiene 10. Humacao 12, Guayama 7 y Aguadilla 8. Y esto, en el supuesto de que los hospitales se colocaran en las cabeceras de distrito, que si se colocaran en sitios céntricos, geográficamente hablando, resultarían obicados en pueblos donde apenas hay uno o dos médicos en ejercicio: Aibonito en Guayama, Naranjito en San iuan, Corozal en Arecibo, Proveer de médicos en número suficiente a estos hospitales resultaria así, difícil y costoso.

9—Porque el plan de hospitales de emergencia, de un hospital de 12 camas en cada pueblo, resulta absurdamente "standardizado" y no responde ni à la varia condición de las finanzas municipales, como ya se dijo antes, ni a la población ni a la incidencia morbosa de cada municipio, sobre prometer grandes dificultades de operación,

Demostración: El municipio de Arroyo con 8,000 habitantes tendrá 12 camas en el hospital de emergencia, e igual cantidad tendrán los municipios de Cataño con 8,500, Isabela con 7,200, Dorado con 7.500, Hormigueros con 4.800, Las Marías con 8,800, Luquillo con 7,700, Mari cao con 6.400, Maunabo con 9.000 y Trniillo Alto con 9,500. En cambio, igual cautidad de camas deberáu tener Agua dilla con 28,000 habitantes, Vega Baja con 29,000. Cabo Rojo con 23,000, Cavey con 28,000, Humacao con 25,000, Lares con 27,000, Manatí con 25,000, San Lorenzo con 23,000, Yanco con 27,000 y U(nado con 37,000). Si bien es cierto que se admite la posibilidad de que algunos municipios anmentaran por su cuenta la capacidad de sus hospitales de emergencia, no es menos cierto que habrían en-(onces de aumentar sus gastos e indepen dientemente de lo contribuído ya al fondo general, y habrían de anmentar su personal, que entonces tendrían que pagarlo también de fondos ordinarios, lo cual confirmaría lo dicho en el apartado 6.

10—Porque el plan es anticientífico, al no tener en cuenta la necesidad de mantener un servicio a domicilio para los enfermos que por su condición crónica no podrían permanecer en los hopita les propuestos y cuya capacidad, por otra parte, sería a todas luces insuficiente.

Demostración del último aserto. (El primero no hay que demostrarlo, porque es evidente): La ciudad de San Juan tiene una capacidad hospitalaria de una cama por cada 340 personas y tiene necesidad de mantener su servicio domiciliario. El plan propuesto establece una capacidad de una cama por cada 525 perso-

nas y pretende suprimir el servicio domiciliario.

- 11—Porque el plan no ha tenido en cuenta las necesidades de la población rural. Los dispensarios, por lo visto, habrán de quedar establecidos en las zonas urbanas. Los campesinos habrían de seguir acudiendo a la población en procesión desesperante y en la ambulancia primitiva de una hamaca colgando de una vara de bambú.
- 12—Porque distribuye el personal para dispensario de modo arbitrario: dos médicos, una enfermera, una comadrona y medio practicante para las poblaciones de escaso número de habitantes igual que para las poblaciones de gran número de habitantes: Jayuya como Río Piedras; Luquillo como Bayamón: Cataño como Guayama, Ceiba como Agnadilla. (Igual situación en cuanto a hospitalillos Véase apartado 9.)
 - 13—Porque se descritende de la existencia de dos hospitales insulares en San Juan y Ponce que, naturalmente, deberían quedar articulados a cualquier plan de beneficencia, como lo están hoy.
- 14—Porque se desentiende de la existencia de hospitales municipales de alguna importancia, como el de Guayama, Aguadilla, Fajardo y Río Piedras, que convenientemente ampliados podrían servir a poblaciones pequeñas limítrofes con mayor eficiencia y economía que hospitalillos locales de emergencia.

- como se establece en el plan. (Corolario de lo dicho en el apartado 7.)
- 15-Porque es injusto en cuanto a que excluve de sus beneficios a los habitantes de las poblaciones de primera clase, que por otra parte, habrían de pagar las contribuciones impuestas. No puede alegarse que la beneficencia en los municipios de primera clase está en condiciones aceptables: no lo está en San Juan, que tiene un presupuesto de \$1,500,000, de lo cual tiene una asignación para beneficencia de \$226,000, pero de los cuales realmente invirtió en efectivo \$115,000: no lo está Ponce, que con un presupuesto de \$668,000 asignó para beneficencia \$104,000, pero que solamente tuvo un ingreso real para todas sus asignaciones de \$184,000, v que tiene nna deuda de \$45,000 por concepto de beneficencia.
 - 16—Porque la asignación de \$200 por cama para los hospitales de distrito es insuficiente.

Demostración: En el hospital de distrito de Ponce, con una asignación de \$30,000 al año, el número de enfermos nunca pasa de cincuenta, o sea, un per capita de \$600.

- 17—El plan no establece servicio de trabajadora social ni sistema de "follow up" ni de enfermeras visitantes ni de laboratorio.
- 18—No se determina lo que es un indigente ni los medios de investigar su status. Se hacen

cálculos a base de población total v no de indigente a servir. 19-El servicio de maternidad resulta excesivo, ya que entre el 25% de camas de los hospitales de distrito y los dos hospitales especiales se establece una capacidad de 850 camas con una posible atención para un máximum de 36,000 parturientas en un año, o sea, la mitad del número de nacimientos que ocurre en Puerto Rico, Para el sostenimiento de hospitales de maternidad no se hace asignación alguna.

Antes de terminar deseamos decir que para la construcción de los centros médicos y la ampliación de los hospitales existentes podría invocarse el auxilio federal de la misma manera que para la creación de s'ete hospitales de distrito, e indudablemente, con una mayor probabilidad de éxito, supuesto que ya la administración de auxilio de emergencia ha venido reparando, ampliando y construyendo hospitales municipales.

La Asociación Médica de Puerto Rico lamenta no poder endosar el plan del Dr. Figueroa, puesto que reconoce las grandes probabilidades de éxito que en la legislatura actual ha de tener enalquier proposición que de él parta, pero cumple su deber para con el país y para con la profesión en general, al llamar la atención hacia la impracticabilidad del plan, hacia sus peligros y hacia sus defectos, y reitera sus declaraciones en el sentido de que no acepta dicho plan por ser atentatorio a la libertad profesional, a la autonomía municipal, antieconómico, anticientífico, excesivamente esquemático, rígido y anquilosado, y cuyo resultado sería agravar en muchos extremos la situación de la beneficencia actual, lejos de mejorarla.

Esta exposición se reflere a un plan de beneficencia; no se refiere a un proyecto de ley que pueda presentarse ante la Asamblea Legislativa y que pudiera alterar en sus disposiciones los lineamientos fundamentales del plan. Para el caso de que se presente un proyecto de ley de Beneficencia, cualquiera que sea, en la Legislatura, la Asociación Médica de Puerto Rico se propone estudiarlo de nuevo y a emitir su opinión oportunamente. Por ahora ha creído su deber expresarla sobre este plan para que la opinión no se desoriente y para que se escuche la única voz autorizada en Puerto Rico en esta materia, que es la de la Asociación Médica de Puerto Rico.

MEMORANDUM SUBMITTED TO HIS EXCELLENCY THE GOVERNOR OF PUERTO RICO BY THE PUERTO RICO MEDICAL ASSOCIATION IN RELATION TO HOUSE BILL No. 337, PRESENTED BY DOCTORS FIGUEROA, HERRERO AND VILLAMIL

Hon. Blanton Winship, Governor of Puerto Rico. San Juan. Puerto Rico.

Sir:-

On behalf of the Puerto Rico Medical Association I have the honor to submit the following memorandum on House Bill No. 337, now before your consideration.

Said bill, which is intended to centralize and reorganize the medical services which our municipalities are now extending for the poor, is predicated fundamentally on the same points of view which are to be found in a plan to organize the unnicipal services for the poor, embodied in the plan for the rehabilitation of Puerto Rico, as prepared by the Economic Commission and submitted to the National authorities by the Legislature of Puerto Rico. There had been, nevertheless, certain changes made in the bill which differentiate it from the plan as originally published. I shall therefore, refer to the bill, rather than to what was expressed by the Medical Association in its public statement with reference to the original plan. A copy of our previous memotandum I personally submitted to you a few days ago.

ANALYSIS OF BILL 337

According to Bill 337 the present local government law is ammended in what concerns municipalities of second and third classes, and, the officers of munici-

palities, directors of charities as well as all subordinate positions in those municipal departments are abolished. Municipalities of the second and third classes to contribute compulsorily and through the insular Treasurer to a general fund for the purpose of financing a centralized system of medical charities. This system is to be administered by a Central Board of Trustees, two of which shall be physicians to be appointed by the Governor of Puerto Rico with the advice and consent of the Senate. There is no provision to the effect that said medical members shall be endorsed or in any way considered as representatives of the organized medical profession of the island. the Puerto Rico Medical Association. The rest of the members, to wit, seven members, are to be elected by the mayors of the municipalities in each of the seven senatorial districts of the island. In a subsequent arrangement, districts may be rearranged so that they may not conform to the present senatorial distribution of municipalities, but the number of districts shall continue to be seven, each to elect through its mayors one of the members of the central board of medical charities. No reason is given for this number of districts or members: it seems that it would be arbitrarily chosen. Even thou the mayors of municipalities in each one of the districts are supposed to organize into district boards, the function entrusted to these district boards are so unimportant, that no discussion is needed to show that these district boards are practically inexistent. The central or territorial board assumes full control of the administration of the system and takes charge of all municipal properties at present devoted to medical charities, such as hospitals, dispensaries and so forth. board is to organize independently, appoint its own chairman and executive secretary and also a general superintendent of medical charities at a salary of \$5,000 per annum. Municipal funds (30% of ordinary revenue), the proceeds of the lotery, at present distributed amongst these very municipalities to be served, plus an appropriation of \$325,000 from the Insular Treasury, with a total, according to the figures given in the bill, of \$1,200,000, is the amount devoted for the maintenance of the whole service throughout the island. Said sum to be budgeted, according to the provisions of the law in question, by the central board. A bond issue of \$900,000 is to be sold for the purpose of erecting seven district hospitals of 200 beds each and for the repairing of present local municipal hospitals, plus the erection of nineteen more local hospitals of 12 beds each, in order that the sum total of municipalities of second and third classes be provided with a local hospital of 12 beds each. Both the professional and administrative personnel of the seven district hospitals shall be appointed by the Central Board. The personnel of the local municipal organizations, which shall have charge in each case of a local dispensary, of a 12 beds hospital and of home visits for the sick poor, is also to be appointed by the central board, according to the dispositions of the law to this effect. In all, 161 phy-

sicians will thus come to be appointed by this Central Board, in order to serve seven district hospitals and sick poor throughout 71 out of 76 municipalities in Puerto Rico. All persons with an income below \$460 a year shall have the right to this type of medical service. Although no exact figures are available it is estimated that not less than 1,200,000 persons will become eligible to free medical services as public charities. A tax of .01% effective in the year 1940 shall be levy in order to take care of the authorized bond issue.

OBJECTIONS

The Puerto Rico Medical Association objects to the following provisions of bill 337.

FIRST:—To the sale of bonds to the amount of \$900,000, thereby unnecessarily increasing the public debt of Puerto Rico. We believe that federal funds are at present available for this purpose, and that the tax proposed in the bill should be devoted, if levied, to the maintenance and improvement of the system.

SECOND:—No provision is made for federal financial cooperation. We believe that the amounts made available through this bill are insufficient for the purpose, and that until Puerto Rico is properly rehabilitated and adequate amounts may be appropriated, said cooperation shall be necessary for the proper financing of the system.

THIRD:—We object to the composition of the central board. We believe that the board must be a technical board of experts, if the present situation is to be improved. If there are any complaints as to the present management of medical services throughout the municipalities, it is reasonable to suppose that the same

type of shortcomings will accrue to a system entrusted for its administration to a board chosen from the very same officials from whom it is taken away.

We believe that the organized medical profession, that is, the Puerto Rico Medical Association, ought to be duly represented in any central board created for this purpose, and that the dental and social-workers professions should be also represented. We believe that a lawver should also be a member of the board. As a suggestion, we submit the following tentative organization of the board: three members of the Puerto Rico Medical Association, one member of the Dental profession, one member of the Social Workers profession, a lawyer, and the Commissioner of Health. Representatives of professions hould be chosen after recommendation from the organized authentic associations.

FOURTH:—We object to the creation of seven district hospitals. We believe that the same number of beds with a much more efficient administration and a much better organized and specialized medical service could be given in two general hospitals, one to be located at San Juan and the other at Ponce, than by dissemination of smaller hospitals throughout the island. Distances should not be objections: distances will be practically the same.

FIFTH:— We object to the maintenance of 71 twelve-beds hospitals, one in each municipality to be served. Existent hospitals in many of the municipalities (Fajardo, Humacao, Guayama, Manatí, Lares, Aguadilla) have a larger capacity than 12 beds. According to the bill, they would be allowed for 12 beds only. Routine and emergency attention would be

much better given by the grouping toge ther of three or four of these municipalities, to be served by a centrally located hospital of 50 or 60 beds. Fifteen or twenty of said hospitals, many of which already exists and would only need to be expanded, could be more efficiently kept and attended than twelve beds hospitals in charge of the very same physicians who would had to do home visits and take care of an overwhelming number of patients in the dispensary. This grouping of municipalities should be allowed by law, but should be made compulsorily, specifically arranged in the wording of the law, so that the central board might, in the first place, obtain it through the voluntary grouping of these municipalities, according to local conditions and in exchange for financial cooperation which should be extended if the fundamental regulations to this end as established by the Central Board, were accepted by the respective municipalities.

SINTH:—We object to the purpose of placing 164 members of the medical profession to the position of salaried governmental officials, in what it would amount to a system of "State Medicine", more dangerous if the proposed political organization of the Central Board should prevailed, but always objectionable even if the Central Board were made technical as we propose.

The medical service of the local organizations should either stay as it is, waiting for a better opportunity for improvement, or local authorities shall be allowed to obtain it by three alternative methods, to wit: (a) Salary basis; (b) Service payment; (c) Capitation system.

In any event, we cannot see any jus-

tification for the centralization of the appointment of these physicians. A system of contracts, on whatever basis it might be predicated, should be followed.

Perhaps it would be wiser to organize the Central Board on a technical basis to decide on direction and organization of two general hospitals and to appropriate a sufficient amount of money to be placed under the control of this Central Board to cooperate with local organizations, as they now exists, making use of laws already in existence for the grouping of municipalities, if they so wish, and allowing for one or two years experience for any further changes, according to the development of the system.

After all, this system is practically in existence, since there is a district hospital at San Juan and another at Ponce, functioning under the Department of Health of Puerto Rico and in cooperation with municipal services. If these hospitals were expanded to a capacity in proportion to the needs as now evident, and if proper help and guidance were offered to the municipalities, the improvement of the whole system would take place with a least amount of friction and with the highest speed.

The Medical Association of Puerto Rico looks forward to a day when such a

large proportion of our fellow citizens may not need to apply to public institutions for the care of their ills and for the treatment of their sicks, and when a much larger proportion of our profession need no rely on charity medical service for the natural proportion of its practice, but in the meantime we hope that even thou we may have to continue under certain aspects of a system which resemble a great deal "State Medicine", we may not plunge into it in such a definite way, that the great handicap of such system may stump the scientific progress and the professional spirit of our class.

The decision as to who should be and who should not be eligible to this kind of service should be left to the Central Board of experts to regulate, so that while on the one hand a large proportion of individuals who should bear their own expenses when ill may not take advantage of this law to the detriment of the service and in flagrant injustice to our profession, on the other hand, nobody may suffer and go untreated while ill because of lack of means to provide himself with the proper treatment.

Respectfully submitted.

E. GARCIA CABRERA, M. D., President, Puerto Rico Medical Assu.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Averrida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Año XXVII

Marzo, 1935.

Núm. 3

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe: Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador:
Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M. Suárez Dr. J. Rodríguez Pastor Dr. Juan A. Pons

EDITORIAL

La peculiar estructura política. social y económica de Puerto Rico (colonia democrática; democracia social; economía agrícola; agricultura de "plantación"; densidad de población; desempleo; sufragio universal; ancestral cultura europea, tipo latino; contacto íntimo con la cultura nórdica, tipo americano) da fisonomía propia e inconfundible a este pueblo insularizado entre el Atlántico, el Caribe y el Canal de la Mona, y que pretende vivir y vive en el trópico una vida de civilización.

Sus raíces, comunes a varios otros pueblos del Caribe (error suponerlo así respecto de toda Hispanoamérica) dan aquí flor y fruto diferenciados. Ante los ojos del observador ofrece circunstancias de vida nunca autes realizadas. De cierto, Pnerto Rico es hoy una novedad. Ningún pneblo de idénticos orígenes culturales y étnicos ensaya, bajo tales limitaciones,

semejante vida de civilización d<mark>emoc</mark>rática.

Selladas, marcadas quedan instituciones y procedimientos por el espíritu del espectáculo. Dentro del ejercicio de la profesión médica ha surgido una organización, un modo, un aspecto de dicho ejercicio, particular, propio, peculiar nuestro: la "Beneficencia Municipal".

A través de los años, gradual y progresivamente, de modo casi insensible, desde un principio inspirado por una filosofía social ya arcaica y olvidada, se ha ido desarrollando un sistema de atención médica a las masas humanas, ofrecido por el Estado a través de sn órgano el municipio, y sin que se espere nada en calidad de pago de parte del recipiendiario. Nominalmente ha de limitarse el servicio al insolvente. Pero no se ha definido ni fichado al insolvente. Cada vez se identifica más esta entidad con la entidad "elector".

La columna vertebral económica de la práctica de la medicina en nuestra isla es hoy la "Beneficencia Municipal". La Beneficencia copa el ochenta por ciento de los pacientes posibles en la isla. El médico, para ejercer su profesión, tiene ante sí un dilema:—o recluta su clientela exclusivamente dentro del restante veinte por ciento de la población o entra en el servicio de Beneficencia. La entrada a este último se hace por la puerta política. Una vez dentro, el ingreso es fijo y (hasta hace poco) estaba asegurado. La presión es fuerte. La gran tendencia forzosamente ha de ser aceptar la condición política. El médico se hace político. Y con este rasero quedan nivelados los méritos profesionales. Ese es nuestro peculiar sistem de "State Medicine".

Se han hecho esfuerzos muchas veces

por librarnos de tutelaje y de esta adulteración política. Allá por 1917 el Dr. Susoni, en el Senado, presentaba una ley que iniciaba la reforma. Corregía y reglamentaba. La ley está hoy practicamente olvidada. Por 1920 se nombró un Comité de la Asociación Médica del cual formaban parte Belaval, Toro, Fernós, y otros dos compañeros, cuyos nombres no recordamos. Se reunió la Asociación bajo la presidencia del Dr. Barreras en la biblioteca Carnegie, Se presentó y discutió el proyecto elaborado por el Comité. Se aprobó con emmiendas. Se endosó ante la Legislatura, Fracasó el proyecto.

Desde entonces apenas ha habido un año en que, reunida la Legislatura, no se haya gestionado legislación para Beneficencia y, si bien no se ha legislado específicamente organizando un sistema, no puede negarse que se hayan hecho progresos para su integración.

La construcción del Manicomio Insular, con capacidad para mil camas, es un progreso. La construcción del Sanatorio Antituberculoso, su expansión, la creación de hospitales locales de tuberculosis, la ampliación de estos, es un progreso. La creación de las Unidades de Salud Pública, es un progreso. La campaña antiuncinariásica, hoy practicamente abandonada, fué un progreso. Por todos estos medios iba el Gobierno Iusular reduciendo las responsabilidades de los municipios. Por último, creó los hospitales de distrito (San Juan y Pouce), Esperan su construcción dos hospitales más, autorizados por la misma ley. Acusar a los hombres del ayer inmediato de negligencia respecto de los problemas de Beneficencia Médica, es ignorancia o mala fe.

En tanto, los municipios también han hecho esfuerzos. Se han construído bucnos hospitales: Caguas, Arecibo, Río Piedras, Juana Díaz, Utuado, Mayaguez, Ponce, citados a la ligera. Se han organizado estos hospitales aceptablemente, San Juan ha ampliado su capacidad hospitalaria. Construyó su hospital de Cirugía y el de Niños; reinstaló el de Maternidad. Nuestra Asociación estableció condiciones mínimas para que sus asociados sirvieran al sistema; los municipios las aceptaron. Se llegó hasta donde los recursos permitían.

A esta altura resultaba evidente la necesidad de:

- 1-Expansión del sistema,
- 2-Coordinación del mismo.
- 3-Reglamentación.

Esto, desde un punto de vista administrativo. Para las tres funciones precisaría la intervención del Gobierno Insular. Y, en plan sometido por el entonces Comisionado de Sanidad, doctor A, Fernós Isern, al Comité de Sanidad y Beneficencia del Senado (Documento Público del Senado — 1932), se recomendó:

- 1—La creación de una Junta Insular de Beneficencia.
- 2--La creación de un fondo insular de Beneficencia, administrado por esta Junta para cooperar con los municipios en la expansión y ordenación de la beneficencia municipal.
- 3—Ampliación de los hospitales insulares y la de un cierto número de hospitales municipales, para servir a su localidad y a los municipios vecinos, agrupados por libre determinación de ellos mismos.

Este plan tuvo el endoso de nuestra Asociación. Subsiguientemente, y elaborándolo aún más, lo presentamos a la Legislatura y, vaciado en un proyecto de ley, se sometió a su consideración en 1934. El proyecto fracasó, porque hubo alguien turbiamente interesado en que así sucediera. Dicho proyecto conjuntamente con el memorial redactado para acompañarlo apareció publicado en el Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, Año XXVI, No. 2, Febrero 1934, pp. 65-72.

No obstante, triunfaban las ideas así propagadas. Se creó un fondo insular para colaborar con los municipios saeándolo de la Lotería. La creación de la Junta Insular ordenadora y orientadora, insimía su aparición por entre los proyectos que se esbozan más tarde. La ampliación de los hospitales insulares y municipales, la agrupación de municipios para usar hospitales en común, con mayor economía y eficiencia, aparece también insimuada, pero con alguna diferencia.

Por mestra parte sostenemos como mejor lo más sencillo; la ampliación de los hospitales insulares hasta el límite económico insular, de sostenimiento, v la libre asociación de los municipios para uso de los hospitales municipales céntricamente situados, bajo el estímulo de la Junta Insular, de acuerdo con realidades demográficas, administrativas y geográficas. La excesiva reglamentación agarrotaría la iniciativa local. Este fué uno de los peligros que nuestra Asociación vió en el proyecto de la Cámara No. 337, que en este número se pública, junto con las declaraciones que bize la Asociación al respecto.

Este proyecto, alquitarado y retorcido, creaba siete superalcaldes a los que quedaría sometida la beneficencia médica de Puerto Rico bajo un régimen político. Esa era su novedad. El Estado interve-

nía, so pretexto de llenar aquellas tres necesidades, y agudizaba hasta el extremo uno de los vicios mayores del sistema actual, el vicio político. El proyecto fué vedado por el Gobernador. Pero ante la tentativa abortada precisa abrir los ojos.

Ahora bien, hay una cuarta necesidad por atender, la más grave tal vez, la más trascendente. Tiempo es ya de planteárnosla y resolverla: analizar la filosofía del sistema, corregirla, enderezarla hacia la justicia. Justicia social, para contribuyentes y recipiendiarios; justicia para la clase médica. Nada de esclavitud política para esta clase; nada de politiqueo con el dolor humano; nada de monopolios médicos para grupos políticos.

Si el Estado (Gobierno Insular o Municipal) ha de seguir pagando por los servicios médicos que han de recibir quienes no pueden proveérselos, que lo haga en buena hora bajo los auspicios de técnicos y gobernantes de ciencia y espíritu cristiano; pero que el ejercicio de la profesión médica pueda efectuarse con la dignidad que a tan sagrado sacerdocio corresponde. Los médicos de Puerto Rico no pueden resignarse a ser pasivos instrumentos de un racket político.

La ocasión para un gran paso de progreso se presenta ahora, como nunca antes. El Gobierno Federal ha de invertir millones en obras públicas en Puerto Rico. Fácil debería ser obtener de quienes han de dirigirlas su mejor atención a nuestro problema de beneficencia médica.

Aboguemos los médicos de Puerto Rico por la ampliación de nuestros hospitales insulares hasta donde el límite de nuestra capacidad económica garantice su ulterior aprovechamiento. No es nuestra obligación señalar los recursos con que pneda responder el Gobierno Insular, pero debemos reclamar atención preferente para estas necesidades por nuestros hombres de gobierno. Y para garantía de que han de funcionar estos planteles sin mixtificaciones de baja política, insistimos en la creación de un organismo insular, todo lo técnico que sea posible, para su administración y dirección.

Y luego, recabemos para los municipios cooperación para el mejoramiento de su beneficencia local. Si en manos de esa junta se colocaran fondos adecuados. bien podría ella estimular el mejoramiento local, condicionando a la observancia de sistemas aceptables la otorgación de subsidios. Del mismo modo podría estimularse la cooperación para el sostenimiento de los hospitales municipales mejor situados. Y para que esto pueda realizarse, abognemos por la ampliación y reparación de sus edificios ya construídos v perfectamente aprovechables (Río Piedras, Cagnas, Fajardo, Humacao, Guayama, Coamo, Ponce, Mayagüez, Agnadilla, Arecibo, San Juan, etc) y por la reparación de los hospitales menores para los usos inmediatos y urgentes locales.

La Administración de Emergencia ha iniciado ya una labor plausible de auxitio a los municipios más pobres siguiendo estas mismas líneas generales. Pero la Administración, por su propia naturaleza, extenderá su ayuda por un período limitado de tiempo. Para cuando su ayuda cese, el Pueblo de Puerto Rico deberá asumir esas obligaciones. La reconstrucción económica del país facilitará a unestro erario la arbitración de recursos para tal fin. Mas hay que ir armando y montando la máquina administrativa para que, cuando llegue la hora, pueda trabajar eficaz y correctamente. De ahí la urgencia de que se cree la Junta Insular de Beneficencia.

Y mientras tanto, reflexione la clase médica. Ante el aparato del Estado, para cooperar con él, precisa que nos preparemos para la acción. Fijemos normas de colaboración y, al hacerlo, resca temos cuanto sea posible la libertad profesional, resguardemos la dignidad de nuestro sacerdocio, opongámonos a cuanto sea mayor supeditación a intereses particulares y partidistas, a cuanto sea consolidación de este peculiar sistema de "State Medicine".

Establecer aquellas colaboraciones dentro de normas de libertad y dignificación profesional, de eficiencia administrativa y de progreso científico, será la más grave responsabilidad de nuestra Asociación dentro del inmediato futuro.

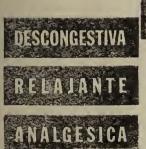
A. F. 1.

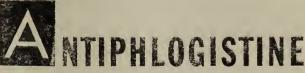


El Tratamiento Local

es el arte de aplicar enidadosamente nu grado de calor adecuado pero de intensidad suficiente para que el tratamiento pueda concentrarse en la parte enferma, evitándose al mismo tiempo una aplicación prolongada de calor en todo el enerpo.

La Antiphlogistine posce, sobre el efecto térmico producido por el agua o los baños de aire caliente, la ventaja de tener una capacidad unny pequeña para el calor, además de uo ser buen conductor. Por consigniente, el encrpo puede soportar temperaturas considerablemente más altas que las de los baños de agua o de fangos y barros orgánicos. La Antiphlogistine proporciona así los más altos grados de calor que puedan soportarse durante períodos largos, produciendo una correspondiente fiebre artificial a la vez que una hiperemia intensa con sus benéficos efectos en cualquier zona determinada. De este modo, la parte tratada se inunda de suero y glóbulos sanguíneos, que ejegcen su acción citológica y bactericida.





Para muestra y literatura dirijase u:

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY 163 Varick Street, Nueva York, E. U. A.



CONTROL DF LA FIFBRE SIN **DESARREGLOS** INTESTINALES



En casos de temperaturas febriles, es frecuentemente deseable administrar medicamentos en tal forma que se evite cualquier interferencia con las funciones del sistema digestivo.

En casos tales, es aconsejable aprovecharse de los efectos sistémicos causados por el emplasto

NUMOTIZINE

A más de sus efectos descongestivos y analgésicos locales,



Numotizine posee la cualidad de controlar las temperaturas febriles del cuerpo con su aplicación.

La lenta pero constante absorción de sus ingredientes por la piel dá por resultado la reducción de la temperatura, bajo control, sin causar desarreglos intestinales.

Dept.P.R.3

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St. Chicago, U.S.A.

Robert & Santini. Distribuidores

Avenida Ponce de León San Juan, Puerto Rico.

Rob	ert	28	Sant	ini,	
Ave:	nida	a F	once	de	León
San	Jua	ın,	Puer	to	Rico

Sirvanse enviarme muestras de Numotizine para experimentos clínicos.

Nombre

Ciudad_____ Estado__



Preparaciones de

EFEDRINA Y MERTHIOLATE

Antisépticos y Descongestivos Nasofaríngeos

OMBINAN las cualidades terapéuticas de los dos agentes en un inhalante, solución y jalea hidrosoluble. Indicadas en el tratamiento de la inflamación nasal, resfriados, y la sinusitis.



Fabricadas exclusivamente por

ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U.A.

FABRICANTES DE PRODUCTOS MEDICINALES DESDE 1876

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico,

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

HARVARD UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTN

LIBRARY

5 MAR1938 4

Página

Notas Preliminares sobre la frecuencia de los Tu-	
mores Malignos en Puerto Rico, Alberto Rivero.	
M. D., San Juan, P. R	89
Apuntes de Oftalmología para el Médico General,	
Luis J. Fernández, M. D., y Ricardo F. Fer-	
nández, M. D., San Juan, P. R	96
Observaciones sobre los últimos brotes de In-	
fluenza en Puerto Rico, Pablo Bonelli, M. D.,	
Guayama, P. R	107
FDUVORIAL	111

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

LA EFECTIVIDAD DEL SALVADO ES COMPROBADA EN 5 DE 6 CASOS DE ESTREÑIMIENTO ESTUDIADOS

En un reciente estudio llevado a cabo en seis hombres que padecían de estreñimiento comúnmente, el salvado demostró ser un remedio ideal para esta condición. En cinco de los seis casos estudiados el salvado tuvo éxito. El sexto caso era el de un paciente que no toleraba una dieta cargada en residuos, ya fuera ésta de frutas, vegetales o salvado. Las conclusiones a que se llegó en esta investigación fueron, que la dieta regular no tenía suficiente residuo y que el salvado produce una laxación satisfactoria excepto en un pequeño porciento de casos.

El Kellogg's ALLBRAN se hace suave v de buen sabor por medio de procedimientos especiales usados en su preparación. Dentro del cuerpo absorbuna gran cantidad de humedad, formando una masa suave que



con gran benignidad limpia los intestinos de desperdicios.

Con excepción hecha de aquellos casos de pacientes con tractos intestinales altamente sensibles o en que esté contraindicado el uso de toda clase de fibras debido a alguna condición intestinal el Kellogg's ALL BRAN puede ser prescrito sin temor alguno Tiene la ventaja de ser de un sabor muy agradable y es delicioso en leche fría o crema También puede prepararse en bizcochos, tortas, etc. Un paquete de tamaño corriente será enviado al médico que lo solicite.

Representantes: B. FERNANDEZ & HNOS. SUCRS..

Apartado 365 — San Juan, P. R.

Fórmula Pluriglandular

COMPUESTO ENDOCRINO DE COLE No. 18

(Compuesto de secretina y páncreas)

RECETE: — Compuesto Endócrino de Cole No. 18 (Compuesto de secretina y páncreas). Una cápsula tres veces al día después de las comidas; luego cuatro cápsulas al día; y más tarde aún, dos cápsulas, tres o cuatro veces al día.

INDICACIONES: diabetes azucarada.

NOTA: — Al administrar este tratamiento conviene comenzar con una dosis pequeña, aumentándola gradualmente hasta obtener los resultados que se buscan. La cantidad depende de la tolerancia de carbohidratos del paciente y de la fijeza del nivel de azúcar en la sangre. Las isletas de Langerhans, que contiene esta fórmula aumentan la tolerancia de azúcar, la substancia de las amígdalas tiene un efecto benéfico e indirecto sobre la glicolisis y el Preparado Remineralizante de Cole No. 12. (compuesto neutralizante de sodio y potasio), remineralizan la deficiencia alcalina que generalmente se presenta en el caso de la diabetes azucarada.

COLE CHEMICAL COMPANY

ENRIQUE VELEZ POSADA-Edificio Ochoa 421-Apartado 1018-San Juan

Para Ayudar a La Digestión y Estimular El Apetito

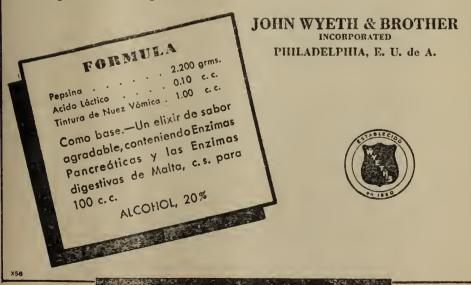
EL VIPEPTOLAC estimulará el apetito del dispéptico y ayudará a gozar del alimento al convaleciente.

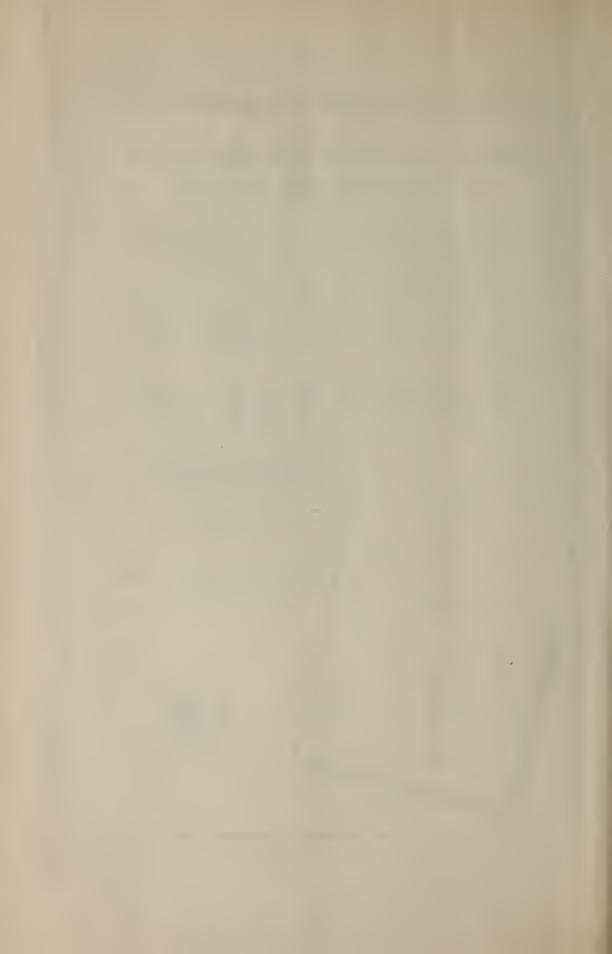
Es de valor contra el disgusto incidental a la indigestión o para aliviar el malestar proveniente del abuso imprudente de alimentos o bebidas. Vipeptolac proporciona una forma agradable de disfrazar las drogas nocivas o de gusto amargo tales como los bromuros, yoduros, etc.

VIPEPTOLAC

En casos extremos de deficiencia gástrica, el Vipeptolac es de gran valor como un vehículo. Cuando fuertes dosis de pepsina son deseadas, ellas pueden ser fácilmente incorporadas en este producto.

Los resultados han de satisfacer a usted, el buen sabor agradará a sus pacientes.





BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

ABRIL, 1935

Núm. 4

NOTAS PRELIMINARES SOBRE LA FRECUENCIA DE LOS TUMORES MALIGNOS EN PUERTO RICO*

ALBERTO RIVERO, M. D.

Instructor de Anatomía Patológica de la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Puerto Rico bajo los auspicios de la Universidad de Columbia. San Juan, P. R.

La locución "tumores malignos" se aplica a todas las verdaderas neoplasias que creciendo progresivamente y propagándose a regiones distantes del organismo acarrean fatalmente la muerte. Inclúyense, por lo tanto, dentro de este grupo tanto el cáncer y el sarcoma como los linfomas de evolución maligna, aunque estas distintas entidades difieren no sólo en su morfología sino también en su origen.

No son los tumores malignos morbos recientemente conocidos que padece la humanidad. Sabemos de su existencia en la antigüedad por las descripciones que de ellos existen en documentos históricos de otras civilizaciones anteriores a nuestra época. Según Sigerist(1), las referencias bibliográficas en la literatura del antiguo Oriente son escasas, pero en la literatura griega, en las obras de Hipócrates y de Galeno, son numerosas, a lo que se puede añadir que hasta nuestro moderno vocablo cáncer se deriva de las voces helénicas karkinos o karkinoma.

En épocas recientes la atención pública, tanto en el campo científico como en

el terreno popular, ha venido fijándose en lo que se ha dado en llamar "problema del cáncer", y Puerto Rico no podía ser una excepción en este enfoque de la atención hacia el aspecto médico-social de la enfermedad. El alto lugar que ella ocupa como causa de muerte es, indudablemente, el motivo principal. Pero merece señalarse que se hace mal uso de la palabra "cáncer" (que tiene una acepción más restringida en sentido anatomopatológico), pues se comprende tal denominación bajo los tumores malignos en general, siendo así que el cáncer es una forma de tumor maligno, o una mera variedad de un proceso patológico más vasto.

Aunque la causa fundamental de los tumores malignos continúa desconocida, la determinación de su extensión numérica en Puerto Rico como en otras localidades, queda justificada si se considera que un estudio de esta naturaleza puede contribuir a nuestros conocimientos sobre la influencia de ciertos factores circunambientales, como el del clima, la raza, y hasta, quizás, la dieta, en relación con la frecuencia de la enfermedad.

Existen para Puerto Rico dos fuentes principales de datos estadísticos; el Ne-

^{*} Conferencia dictada ante la reunión anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, diciembre 1934, en el Symposium sobre el cáncer.

DATOS ESTADISTICOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA TROPICAL

TABLA No. I Distribución per órgano en una serie de 1,244 casos de tumores malignos de la Escuela de Medicina Tropical.

	Tumores malignos	Ca.1°	8a.1°	Otros T.M.*		Tumores malignos	Ca.1°	8a.1°	Otros T.M.*
CAVIDAD BUCAI	Y FA	RINGE			ORGANOS GENIT	ALES :	DE LA	MUJER	
Labios Boca Encía Gland. Saliv. Lengua Amigdalas Faringe Paladar TOTAL	34 16 15 5 32 7 15 7	33 16 14 2 32 7 15 7	1	1 1 3	Vejiga Riñón Ovario Trompa Ut. Vulva Vagina Clítoris TOTAL	2 5 25 1 12 6 2 53	2 5 20 1 10 6 2 46	5	2
					GLANDULAS MA	MARIA	LS		
					Gland. Mamarias TOTAL	123 123	121 121	2 2	1 1
TUBO DIGESTIV	O Y PE	RITONE	EO		ORGANIOS GENIT	O-URIN	VARIOS	DEL HO	OMBRE
Esófago Estómago Duodeno Int. Delgado	18 51 4 2	18 46 4 1		(1) (1)	Vejiga	10 7 1 11	10 5 1 11	1	1
Ciego	3 12 3 4	2 12 2 3 9		(1) 1 (1)	Testículo	10 2 96 137	10 1 95 133	1 1 3	1
Recto Páncreas Hígado Conductos Biliares Vesícula Biliar Peritoneo	9 1 6 1 6	1 5 1 6 1		1 2	PIEL Piel TOTAL	289 289	253 253	26 26	10 10
TOTAL	121	111		8	OTROS ORGANO NO ESPECIFICAL		RGANO	S	
APARATO RESP					Cerebro	7 22	12	10	
Laringe Pulmones Mediastino Cavidad nasal Pericardio TOTAL	18 5 3 4 1 31	16 4 2 3 25	1 2	1 (1) (1) 3	Huesos	20 1 3 2 1 2 1 2	3 2	20	2 2 13
UTERO					Senos Paranasales Linfomas	8 55	6	2	55
UteroTOTAL	223 223	208 208	8 8	7 7	(Linformas) (Enf. Hodgkins) (Leucemias) (Linfo- endoteliomas)	(17) (22) (10)			(17) (22) (10)
					TOTAL	136	25	33	72
					GRAN TOTAL.	1244	1048	80	103

Nota: En algunos casos existen repeticiones inevitables, como en aquellos en que se practicaron dos biopsias a la misma persona, pero, en general, esta diferencia no es lo suficiente para modificar los diversos totales de una manera significativa.

^{*} En esta columna están incluídos tales tumores como los melanomas, hipernefromas, hemangio-endoteliomas, etc. El paréntesis indica que estos casos están incluídos en el total de 55 bajo "linfomas"

gociado de Estadística Demográfica del Departamento de Sanidad y los archivos de los grandes hospitales o instituciones de índole similar. Los obtenidos en el primero son de carácter más general y uniforme, mientras que los de los segundos poseen un valor más limitado, pues son más seleccionados v de menos uniformidad. Pero, aún así, suelen servir de complemento a los primeros, particularmente cuando la exactitud del diagnóstico es mayor, y señalan de modo específico la naturaleza del neoplasma. En este sentido es de sumo interés analizar las estadísticas del Departamento Anatomía Patológica de la Escuela de Medicina Tropical en San Juan, donde se han encontrado 1244 easos de tumores malignos en un total de 9233 especímenes — inclusive 775 antopsias — casi todos acaecidos en individuos nativos de Puerto Rieo, durante un período de aproximadamente diez años, desde noviembre 17, 1926. hasta noviembre 21, 1934. (Véase Tabla No. I)

Para mayor uniformidad, la separaeión por grupos de órganos en la Tabla No. I se ajusta exactamente a la clasificación empleada en la última edición de la "Lista Nosológica Internacional" (2), que se utiliza en el Negociado de Estadística Demográfica (3). El "total" se refiere al total de tumores malig-

nos, exceptuados los secundarios y los linfomas malignos que se anotan por separado. Un easo de cáncer de la papila de Vater se ha incluído en el número total de tumores del "dnodeno". Entre los del estómago aparecen incluídos, por conveniencia de clasificación, cinco casos de tumores del ovario, de tipo Krukenberg, aunque no siempre suelen estos implantarse primariamente en el estómago (4). Estos ciuco casos, pues, se han dejado fuera del epígrafe de tumores malignos del ovario. El único caso en esta serie de tumor maligno del peritoneo se ha anotado como cáncer. Era un tumor retroperitoneal y su diferenciación microscópica de sarcoma no fué del todo concluyente. De los cánceres del útero, 15 eran del fondo y 193 del cuello. Entre los tumores del útero se han incluído cinco coriocarcinomas. Los dos del epidídimo fueron, uno, cáncer y el otro, sar-Los diez tumores del testículo eran cáneeres de tipo embrionario. Entre los 289 casos de piel, 10 eran melanomas malignos. Los 26 sarcomas en este grupo son propiamente del tejido subcutáneo. Los del cerebro fueron: un hemangioma, un ependimoma, dos gliomas del cerebro propiamente dicho y también dos glioblastomas multiformes del cerebelo y un hemangioma del pons varolii. Entre los oculares, diez eran neuroepite-

TABLA No. II Tumores malignos de poca frecuencia en la serie de la Escuela de Medicina Tropical

Total de todos los tumores malignos		·1	244
Cáncer de la papila de Vater	1	Cáncer de la úvula	1
Cáncer del duodeno	3	Cáncer de las amigdalas	7
Cáncer de la trompa uterina	1	Tumores mixtos de la parótida	13
Cáncer del clitoris	2	Tumores del cerebro	7
Neuroepiteliomas del ojo	10	Tumores del cuerpo carotídeo	2
Cáncer de la cavidad nasal	3	Cáncer del tiroides	2

liomas de la retina. Entre los tumores oseos hay un osteocondroma, un mieloma, seis adamantinomas, un sarcoma de Ewing y un cloromielosarcoma. Trece de los tumores de la parótida eran tumores mixtos.

En la Tabla No. II aparecen algunos tumores cuya escasa frecuencia es bien conocida, no figurando en ésta ni en la primera tabla tumores de la glándula pineal, de la hipófisis, ni de las paratiroides, también de extrema rareza en todas partes, de lo cual no puede deducirse que no existan en Puerto Rico.

TABLA No. III

DATOS DEL NEGOCIADO DE ESTADIS-TICA DEMOGRAFICA DEL DEPARTA-MENTO DE SANIDAD

Defunciones y mortalidad por cada 100,000 habitantes por cáncer y otros tumores malignos en Puerto Rico: 1915 a 1933³.

A ~	Número de	Coeficiente de
Año	defunciones por cada 100,000	mortalidad por cada 100,000
	habitantes	habitantes
1915	348	28.6
1916	366	29.6
1917	438	35.0
1918	354	27.8
1919	354	27.4
1920	376	28.7
1921	361	27.0
1922	422	31.0
1923	457	33.0
1924	471	33.5
1925	528	36.9
1926	529	36.4
1927	576	39.0
1928	618	41.1
1929	494	32.4
1930	55 9	3 6. 1
1931	676	42.9
1932	724	45.2
1933^{5}	746	45.9

En la tabla anterior puede observarse el aumento progresivo de la mortalidad por cáncer y tumores malignos en Puerto Rico desde el año 1915 al 1933 ambos inclusive. En este período de cerca de veinte años la mortalidad casi se ha duplicado, manifestándose el mayor aumento en el período transcurrido a partir del año 1922.

Hemos preparado la tabla uúmero IV para poder comparar la mortalidad por cáncer y otros tumores malignos en Puerto Rico, con la de cuatro Estados norteamericanos: Nuevo Méjico(6), Luisiana(7), Florida(8) y Nueva York(9). Hemos seleccionado un poco arbitrariamente los estados de Luisiana, Nuevo Méjico y Florida por ser su elima en gran parte del año bastante parecido al de Puerto Rico, y por la semejanza de sus poblaciones en ciertos respectos.

La diferencia en los índices de mortalidad de Puerto Rico y Nuevo Méjico no demuestra diferencia importante. Pero la diferencia en comparación a Luisiana, Florida v en particular Nueva York, sí es notable. En este sentido se debe tomar en cuenta la influencia que ejerce la composición de la población en cuanto a edad se refiere sobre la frecuencia de los tumores maliguos. Estos ocurren en su mayoría en las edades avanzadas. Por consiguiente cuando la proporción de la población en las edades superiores a los 45 años es más alta o más baja, esto se refleja en la mortalidad a consecuencia del cáncer y otros tumores maliguos. En la tabla número V aparece una comparación de la distribución por edades de las poblaciones de Pnerto Rico, Nuevo Méjico, Luisiana, Florida y Nueva York.

TABLA No. IV

Coeficiente de mortalidad por cánceres y otros tumores malignos
por 100,000 habitantes en Puerto Rico y en Cuatro
Estados de los Estados Unidos.

Región	Año	Coeficiente de cada 100,000 habitantes	Correspondiente población calculada		
Puerto Rico (5)	1933	45.9	1,627,000 habit.		
Nuevo Méjico (6)	1930	47.3	480,000 "		
Luisiana (7)	1930	67.5	2,109,000 "		
Florida (8)	1930	68.3	1,480,000 "		
Nueva York (9)	1930	123.5	12,643,000 "		

TABLA No. V

Composición de la población expresada en el porcentaje que cada grupo de edades representa en cuanto al total.

Región	Grupo de edades: 1930 (10)							
	Menores de 5 años	5 á 14	15 á 24	25 á 44	45 á 64	65 en adelante		
Puerto Rico (11) Nuevo Méjico Florida Luisiana Nueva York	14.7 12.7 9.7 11.0 7.9	27.4 23.9 20.4 20.6 17.2	21.8 19.1 18.8 20.2 17.5	23.3 26.3 30.0 28.2 33.3	10.4 13.8 16.5 14.4 18.6	2.6 3.9 4.8 3.6 5.3		

En la Tabla No. V se observan las cifras considerablemente menores para Puerto Rico sobre todo en comparación con Florida y Nueva York en los grupos de edades de más de 45 años. La influencia de este factor en la mortalidad general ya ha sido señalada en Puerto Rico por Pérez (12).

DISCUSION

Según los datos del Negociado de Estadística Demográfica de Puerto Rico la mortalidad por tumores malignos casi se ha duplicado desde el año 1916. Este aumento tan notable en un período de casi dos décadas no es sorprendente por estar a tono con lo que se ha observado en otras localidades (13). Su explicación sin embargo, no es del todo clara. El

problema es complejo y su análisis presenta grandes dificultades. Entre los factores que merecen mencionarse están el aumento en el número de médicos en ejercicio y las mayores facilidades para el diagnóstico que han surgido en el transcurso del tiempo. Estos dos factores por si solos tal vez no expliquen a satisfacción el mencionado aumento, pero, en conjunto, han de considerarse bastante importantes en lo que a éste respecta. Merece mencionarse también el ingreso de Puerto Rico al Area de Registro de los Estados Unidos en el año 1932 lo que ha permitido esclarecer muchos diagnósticos erróneos o incompletamente expresados en las partidas de defunción, va que el Gobierno Federal facilita ingresos adecuados y franqueo gratis para tal objeto.

Estas opiniones no están en pugna con la expresada recientemente por Pérez respecto a las estadísticas del Negociado de Estadística Demográfica, pues consideramos que la apreciación de este autor (12), es enalitativa, más bien que cuantitativa. Pérez asegura que aunque un gran número de los diagnósticos están sujetos a error por una diversidad de razones, aparte de las de orden clínico, tales como la gran desproporción de población atendida por los médicos en algunas partes, la costumbre de ntilizar un intermediario para el diagnóstico o la receta, y el uso más o menos generalizado de curanderos, hay, sin embargo, un número suficientemente grande de muertes que se certifica correctamente y los errores de diagnóstico, en general, se equilibran bastante equitativamente unos con otros y dan firme validez a las estadísticas en lo que a este extremo se refiere. Por otra parte, la impresión de cierto número de profesionales de reconocida competencia clínica que tienen ocasión de ver muchos de estos casos, es que los tumores malignos parecen ser de mayor frecuencia que lo que indican las estadísticas oficiales. Sea como fuere, nos parecen dignos de atención los coeficientes de mortalidad por tumores malignos de 42.9, 45.2 y 45.9 durante los años 1931, 1932 y 1933 en Puerto Rico, y el gran aumento registrado en la mortalidad durante los últimos años.

Como la estadística de la Escuela de Medicina Tropical la componen en cierto modo, casos seleccionados, consideramos más prudente el comentar sólo la frecuencia de dos de los grupos de tumores malignos: el del cáncer del útero y el del pene. El primero demuestra una alta frecuencia en la mayoría de los países donde las estadísticas merecen buen crédito, mientras que el segundo muestra

grandes variaciones en las diversas ra-En la serie actual estos dos tipos de cáncer alcanzaron a 208 y 95. respectivamente. En un grupo análogo de 1862 casos de tumores malignos estudiados en el Hospital Presbiteriano de Nueva York, también durante un período de diez años, desde el principio del 1915 a fines del 1924, las cifras correspondientes a los cánceres del útero y del pene fueron 169 y 1, respectivamente (14). Consideramos, aunque no de manera concluyente, que esta notable diferencia parece indicar que hoy existe una alta frecuencia del cáncer del pene en Puerto Rico y que la del cáncer del útero es aproximadamente comparable a la existente en otros países.

Desde un punto de vista general, la setie actual de la Escuela de Medicina Tropical en San Juan demuestra también la gran variedad de tumores malignos que se han observado en Puerto Rico, según aparece en la tabla No. I. Ya en el año 1928, en un estudio de 147 tumores malignos entre 1000 especímenes sometidos al examen anatomopatológico, en el curso de año y medio, casi todos ellos ocurridos en habitantes nativos de Puerto Rico, Lambert y Burke(15) señalaron que estos eran de los tipos va conocidos en las zonas templadas. La serie actual sirve para completar y ampliar en cierto modo las observaciones preliminares de estos autores, a lo que se puede también añadir que el crecimiento y propagacióu de 69 de éstos, en los que se practicó la autopsia, es en la misma forma ya reconocida.

RESUMEN

En el análisis de 9233 especímenes de distintas clases incluyendo 775 autopsias, obtenidos casi todos de habitantes na-

tivos de Pnerto Rico, que se sometieron a nu estudio anatomopatológico, en el curso de casi diez años, desde noviembre 17, 1924 hasta noviembre 21, 1934, se han observado 1244 casos de tumores malignos en los que tiguran la mayoría de los tipos ya conocidos en las zonas templadas, tanto en su morfología como en su crecimiento y propagación.

La comparación de esta serie de casos con una análoga del Hospital Presbiteriano de Nueva York, donde se observaron 1862 casos de tumores malignos durante diez años, desde el 1915 hasta el 1924, demuestra una diferencia en la frecuencia del cáncer del útero y del cáncer del pene en estas dos instituciones lo que parece indicar una alta frecuencia de los tumores de estos dos órganos en Puerto Rico.

La estadística oficial del Negociado de Estadística Demográfica del Departamento de Sanidad de Puerto Rico demuestra un coeficiente de mortalidad por 100,000 habitantes, debido a los tumores malignos de 45.9 en 1933 que es relativamente bajo, y un aumento progresivo en la mortalidad por esta causa desde 25.8 en el 1915 a 45.9 por 100,000 habitantes, en 1933. La explicación de estas dos observaciones no es del todo clara, pero la relativamente menor proporción de la población adulta desde los cuarenticinco años en adelante, en Puerto Rico, hace creer que este factor influye de una manera significativa en lo que se refiere a la mortalidad registrada.

Expresión de Gracias

El autor desea hacer constar aquí su agradecimiento al señor M. A. Pérez por sus inestimables consejos y sugerencias,

al doctor A. de Juan, Director del Negociado de Estadística Demográfica por las facilidades que le prestó dicho departamento, y al doctor R. Lavandero por su ayuda en la redacción del manuscrito.

BIBLIOGRAFIA

- Sigerist, E.—La Evolución Histórica de la Anatomía Patológica y la Terapéutica del Cáncer. Bul. N. Y. Acad. of Med. 8:643, 1932.
- Boletín Sanitario y Demográfico, Departamento de Sanidad. Gob. de Puerto Rico.
 No. 12, diciembre, 1933.
- 3. Lista Nosológica Internacional, Cuarta Revisión Decenial del 1929 por el Comité Internacional. Bur. of the Census. U. S. Dept. Commerce, U. S. Govt. Print. Office, Washington, D. C.
- 1. Stout, A. P.—Human Cancer. Lea & Febiger, Philadelphia, 1932.
- 5. Comunicación personal.
- Folleto de Estadística de Mortalidad en Nuevo Méjico. Bur. of the Census. U. S. Dept. of Commerce, Washington, 1930.
- 7. Ibid.—Luisiana.
- 8. Ibid.-Florida.
- 9. Ibid.—Nueva York.
- Décimo Quinto Censo de los Estados Unidos: 1930, Vol. II (Población) Bur. of the Census. U. S. Dept. of Commerce. U. S. Govt. Print. Office, Washington, D. C., 1933
- Ibid.—(Territorios y Posesiones). Washington, D. C., 1932.
- 12. **Pérez, M. A.**—Factores que contribuyen a una Alta Mortalidad en Puerto Rico. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med. 8:448, 1932-33.
- Wood, H. B.—Las Estadísticas sobre el Cáncer. Am. Jour. of Surg. 18:31, 1932.
- 14. Stout, A. P .- op. cit. pp. 404 y 454
- 15 Lambert, R. A. y Burke, A. M. B.—Observaciones sobre la Frecuencia de los Neoplasmas en Puerto Rico. P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med. 3:307, 1928.

APUNTES DE OFTALMOLOGIA PARA EL MEDICO GENERAL*

LUIS J. FERNANDEZ, M. D.

7.

RICARDO F. FERNANDEZ. M. D.

San Juan, P. R.

El objetivo de este modesto trabajo es tratar de aclarar a los compañeros que se dedican a la práctica general de la medicina ciertos problemas de oftalmología que a menudo se presentan en su práctica profesional. Apuntaremos en cada uno de ellos nuestras recomendaciones y consejos, confiando en que les servirán de ayuda cuando tengan que tratar casos de afecciones oculares.

Consideraremos en este orden los siguientes puntos:

- I—Prescripciones para afecciones oculares por el médico general.
- II—Diagnóstico de ciertas afecciones oculares.
- III—Conducta del médico ante ciertos casos de afecciones oculares,
- IV—Breves consideraciones sobre la cirugía ocular en la práctica general.

I—PRESCRIPCIONES EN LAS AFEC-CIONES OCULARES POR EL MEDI-CO GENERAL.

Estas pueden clasificarse en tres grupos:

- 1-Lavados oculares.
- 2-Colirios.
- 3--Pomadas.

1-Lavados oculares:

Comencemos por la solución bórica. Este es uno de los remedios más antiguos de la 'oftalmiatría, de uso muy generalizado, que nunca falta en el repertorio terapéutico del médico general, donde, en unión con la pomada de óxido amarillo de mercurio, constituye su principal recurso terapéutico en los casos de afecciones oculares.

Generalmente se considera la solución bórica un agente inofensivo, siendo también de todos conocido su escaso valor antiséptico. El uso general del agua bórica para todas las afecciones oculares es cosa corriente entre los médicos y ello resulta un procedimiento poco recomendable que debe abandonarse por las siguientes razones:

1—El agua bórica es muchas veces irritante para los ojos, porque contiene trazas de ácido sulfúrico y, en ocasiones, otras impurezas, cuando lo que utilizan las farmacias poco escrupulosas para preparar la solución es ácido bórico impuro, del que viene envasado en barril.

2—La prescripción de agua bórica por el médico general, es, en muchas ocasiones, con la sola idea de "ver si mejora la afección", y si no, remitir después el paciente al especialista, cuya práctica puede ocasionar un daño irremediable al ojo enfermo.

^{*} Leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, diciembre 1934.

En nuestra práctica hemos sustituído la solución bórica por la siguiente fórnula:

R/
Biborato de Sodio (Q. P.) 6 Gm.
Acido Bórico (Q. P.) 4 Gm.
Cloretona 1 Gm.
Agua destilada templada C. S. H. 500 cc.
M. y hágase solución, fíltrese por papel.

Esta fórmula es superior a la solución bórica en valor antiséptico, es ligeramente alcalina, prácticamente isotónica con la lágrima, por lo que casi nunca resulta irritante. Es además ligeramente analgésica, por la cloretona que contiene, sirviendo esta droga para evitar el crecimiento de hongos, cosa muy frecuente dentro de las soluciones antisépticas débiles.

También puede sustituirse la solución bórica por una de cianuro de mercurio débil, al 1 por 5000, añadiéndole cloretoua en proporción de 2 por 1000, por las razones expuestas, adicionándose cloruro de sodio en proporción de 6 por 1000, para hacerla isotónica con la lágrima. Esta solución es más antiséptica que la solución bórica simple.

Véase la fórmula corrientemente empleada por nosotros:

Estos lavados oculares, aunque menos conocidos, son más eficaces que la vulgar y socorrida agua bórica, teniendo además la ventaja de que muchos enfermos notarán en seguida que los recursos terapéuticos del médico son algo más que remedios caseros.

Queremos anotar aquí la conveniencia, al prescribir estos lavados oculares, de explicar claramente al paciente que sola mente deben estar en contacto con los ojos durante medio minuto y no dos o tres minutos como se aconseja comúnmente. Treinta segundos es tiempo suficiente para que un lavado ocular ejerza toda su acción beneficiosa y prolongarlo puede provocar irritación. Finalmente, sólo recomendamos la prescripción de los lavados oculares por el médico general en casos en que haya seguridad de que se trata de una afección conjuntival leve.

2—Colirios:

- A—Reglas generales para su prescripción:
 - Prescribanse siempre en frasco de tapón gotero o cuentagotas.
 - (2) Recétense cantidades pequeñas de 10 a 15 cc., suficientes para 30 o 40 días.
 - (3) No se recomiende poner más de una o dos gotas de un colirio en un ojo de cada vez, pues, la capacidad del saco conjuntival es de una gota,
 - (4) Pocas veces se necesita administrar un colirio más de dos o tres veces al día. No es necesario prescribirlos más amenudo.
 - (5) Al prescribir colirios antisépticos debe advertirse al paciente que lo instile estando acostado o con la cabeza bien reclinada hacia atrás. Así podrán penetrar hasta el fondo del saco conjuntival superior y ser más efectivos.

B-Colirios antisépticos:

(1) Colirio de argirol,

Es este el colirio antiséptico más cono cido y usado por el médico general. La solución de argirol en conceutraciones de 10% a 20% es una excelente medicina en el tratamiento de la conjuntivitis catarral aguda; pero ha de ser solución preparada recientemente con agua destilada y argirol fresco. Las farmacias poco escrupulosas pueden despachar una solución vieja que tengan en existencia, y los resultados terapénticos serían contraproducentes.

Por estas razones nunca debe prescribirse simplemente "solución de argirol", debiendo especificarse en la receta la cantidad deseada de argirol y la de agua destilada por separado, para obligar a preparar la solución al momento de despachar la receta. Debe también tenerse en cuenta que el argirol y otras sales de plata no pueden usarse en los ojos por más de dos semanas consecutivas sin correr el riesgo de producir argirosis de la conjuntiva, por cuyo motivo solamente debeu prescribirse, en cantidad de 10 cc. y advertirle al paciente que la use por dos semanas a lo sumo.

Con ciertos pacientes es muchas veces conveniente substituir la solución de argirol por otro colirio antiséptico de reconocido valor terapéntico, que sea menos conocido por el enfermo. Pueden usarse para este fin soluciones de otras sales orgánicas de plata como neosilvol (al 5%) o protargol (del 2% al 5%).

(2) Colirio de mercurocromo:

Aunque el mercurocromo es muy conocido como antiséptico general no lo es tanto como medicina ocular. Muchos no creen en el valor antiséptico del mercurocromo, pero, según unestra experiencia, la solución al 2% de esta droga es muy

cticaz en el tratamiento de muchas conjuntivitis infecciosas, en las úlceras simples de la córnea, y para prevenir su infección, después de la extracción de enerpos extraños. No deben prescribirse para uso por el paciente colirios de mercurocromo de más de 2%. Como en el caso del argirol debe siempre especificarse en la receta la cantidad de mercurocromo y de agua destilada necesarias.

(3) Colirio de metafén:

El metafén ha sido proclamado como una preparación mercurial de más alta potencia antiséptica que el bicloruro de mercurio. La solución al 2,500 viene especialmente preparada por el fabricante para uso ocular.

En nuestra práctica nos ha dado buenos resultados en conjuntivitis de poca virulencia, y lo prescribimos como un colirio menos irritante que el mercurocromo en estos casos. Debe prescribirse específicamente "Metafén 2500" para ser usado sin diluir o, también, consignar cantidades iguales de "Metafén 2500" y agua destilada cuando se desee un colirio menos potente y más suave, para uso prolongado.

(4) Colirio de Sulfato de Zinc:

Las soluciones de esta sal se prescriben a menudo por el médico general para varias afecciones conjuntivales.

El sulfato de zinc está especialmente indicado en las afecciones de la conjuntiva causadas por el diplobacilo de Morax-Axenfeld o en que este organismo se asocia a otras infecciones, contra el cual resulta específica la solución de esta sal. En las conjuntivitis agudas causadas por otros organismos, el sulfato de zinc es inferior a las sales de plata o de mercurio.

Los colirios de sulfato de zinc son por

lo regular irritantes pero esta acción puede corregirse con la adición de una pequeña cantidad de antipirina, según recomienda Würdemann, por la propiedad ligeramente analgésica de esta droga.

La adición de una pequeña cantidad de adrenalina hace más efectivo el colirio, según Ball, aunque el mecanismo de su acción no se conoce bien.

La fórmula empleada por nosotros es la signiente:

C-Colirios Midriásicos:

Sólo consideraremos aquí el colirio de atropina,

Recomendamos especialmente a los médicos generales que tengan mucho cuidado al usar o prescribir colirio de atropina, pues esta es una droga muy activa y peligrosa. Como índice de su actividad basta hacer notar que una millonésima parte de un gramo es suficiente para dilatar la pupila de un ojo normal. En relación con el peligro de su uso queremos recordarles que cada gota de colirio de atropina al 1%, como a menudo se receta, contiene cerca de 1 100 de grano de atropina, que viene a ser, más o menos, la dósis de esta droga para un adulto. Es verdad que la absorción de ella por la mucosa conjuntival y de las vías lagrimales no es completa; pero no deja de verse claramente el peligro de envenenamiento que existe, al usarla, sobre todo en los niños.

El otro peligro importante que tiene el empleo de este colirio es el de provocar

un ataque de glaucoma agudo en personas predispuestas a esta enfermedad o que estén padeciendo de glaucoma crónico simple, afección muy difícil de reconocer por el médico general. Este peligro existe mayormente en personas de más de 40 años de edad.

También puede ocurrir que se emplee la atropina en un caso de glancoma agudo a subagado confundiéndolo por iritis. La atropina de valor soberano en la iritis, es desastrosa en el glancoma.

D-Colirios anestésicos:

El médico general debe abstenerse de prescribir estos colirios, especialmente el de cocaína, pues esta droga descama la córnea, reduciendo así su defensa contra las infecciones. Como todos los colirios anestésicos, el de cocaína sólo alivia el dolor que proviene de las lesiones de la córnea y es precisamente en estos casos donde más daños puede provocar. Al paciente que se le confía un colirio de cocaína para aliviar un dolor ocular, se deja llevar fácilmente del deseo de instilarlo con frecuencia porque la analgesia es de corta duración, lo que acentúa la descamación del epitelio de la córnea. formándose un círculo vicioso, en que hace más frecuente la necesidad de alivio y ello a su vez aumenta la lesión de la córnea.

En caso de que sea necesario prescribir un colirio anestésico recomendamos se use Pontocaína al ½%. Meticaína al 2% o Butina 2%. Estas drogas no producen descamación de la córnea ni dilatan la pupila y su poder analgésico es aproximadamente igual al de la cocaína. Poseen también la ventaja de no ser drogas narcóticas. También puede usarse una pomada de Butina 2% con Metafén

1:10,000 que es a la vez analgésica y antiséptica.

Sólo nos falta por considerar el colivio de adrenalina, prescrito por algunos médicos generales para el tratamiento de conjuntivitis. En la única afección externa ocular en que puede tener algún valor terapéntico es en la conjuntivitis primaveral y como esta afección es casi desconocida en Puerto Rico, recomendamos a los médicos generales que no prescriban esta droga como colirio.

3-Pomadas:

La única pomada de que vamos a tratar aquí es la de óxido amarillo de mercurio, muy conocida por todos los médicos y pacientes y utilizada por unos y por otros como una panacea en casi todas las afecciones oculares.

La pomada de óxido amarillo de mercurio fué introducida en la oftalmiatría por Pagenstacher en 1866, para el tratamiento de la queratoconjuntivitis flictenular, y su valor terapéutico en esta afección es bien sabido por la mayoría de los oculistas. Es de notarse que el mismo Pagenstacher observó que sólo le daba resultado satisfactorio cnando él mismo la aplicaba y muy raras veces cuando la recetaba para ser usada por el enfermo. También observó que en casi todas las demás afecciones de la conjuntiva y de la córnea resultaba perjudicial en vez de beneficiosa. Esta ha sido, más o menos, la experiencia de casi todos los oculistas desde eutonces.

Se ha demostrado repetidas veces que la acción del óxido amarillo de mercurio se debe a su propiedad física irritante y que posee poco valor antiséptico, siendo la droga insoluble en agua e inalterable por los humores. En algunos casos, como en la blefaritis, su acción, aparentemente beneficiosa, se debe al efecto mecáuico de la base del ungüento, sin que nada beneficie el óxido de mercurio que contiene, sino, al revés, produciendo un efecto contraproducente por la irritación que causa.

En manos del especialista y empleada al debido tiempo, esta pomada sirve además para ayudar a aclarar nébulas corneales resultantes de úlceras superficiales o de queratitis intersticial.

Por las razones expuestas se ve que sólo es aceptable la prescripción del ungüento de óxido amarillo de mercurio en casos de quevatoconjuntivitis flictenular. Para sustituírle en otras afecciones oculares recomendaremos otras pomadas que han resultado eficientes en nuestra práctica.

En la blefaritis puede usarse ungüento de ácido bórico U. S. P. o pomada novifórmica al 5%. En las conjuntivitis, úlceras de la córnea y orzuelos puede emplearse convenientemente pomada de metafén 1:3,000, o pomada oftálmica de
White, que contiene bicloruro de mercurio al 1:3,000, ambas antisépticas y muy
poco irritantes.

En las conjuntivitis es conveniente usar un colirio antiséptico durante el día y aplicar una pomada antiséptica al acostarse, para evitar la aglutinación de los párpados.

II—DIAGNOSTICO DE CIERTAS AFECCIONES OCULARES POR EL MEDICO GENERAL:

No es posible tratar eu estos apuntes sobre el diagnóstico de todas las numerosas afecciones oculares con que tiene que confrontarse el médico general en su práctica diaria. Nos consideraríamos satisfechos si consiguiéramos evitar algunos de los errores diagnósticos, que en las más corrientes afecciones graves de los ojos, incurren o pueden incurrir algunos de nuestros compañeros.

Nos concretaremos en repasar brevemente las siguientes afecciones: catarata, glaucoma, iritis y tracoma.

1-Catarata:

El diagnóstico de esta frecuente afección ocular no es tan sencillo como parece. La idea general que sobre esta afección existe entre los médicos y pacientes se basa en el aspecto de la catarata senil simple. Se deduce, pues, que la catarata es sencillamente una opacificación lenta del cristalino, y que llegada a cierto grado y operada debidamente se recobra la visión, lo cual es cierto en cuanto a la catarata senil o simple se refiere, pero, desgraciadamente, todas las cataratas en personas de edad no son siempre simples ni operables.

Hay varias afecciones one pueden complicar una catarata o ser la causa de ella. Muchas son secundarias a un trauma, otras a la diabetes, al glaucoma, a las inflamaciones del iris, del cuerpo ciliar, o de otras estructuras internas del ojo, o están complicadas por estas afecciones. Así pues, detrás de una catarata aparentemente simple puede existir una retinitis, una coroiditis, o una atrofia del nervio óptico por glaucoma u otra causa, haciéndola inoperable. Las cataratas simples tienen también un período en que la operación tiene su máxima indicación, y pasado éste, pueden complicarse o volverse Morganianas, haciendo más difícil el éxito de la operación. Tampoco debe olvidarse que el glaucoma puede desarrollarse en el curso de una catarata simple. El diagnóstico de catarata nunca debe hacerse a base de una sintomatología subjetiva, por más sugestiva que sea, debiendo basarse únicamente en presencia de pruebas objetivas, obtenidas tras un examen minucioso y sistemático del ojo.

A pesar de tomar todas estas precauciones preséntanse a veces complicaciones internas de las que difícilmente podrá percatarse el médico general y, por esta razón, conviene que el especialista vea estos casos tempranamente, cuando, como muchas veces ocurre, puede aún examinarse el fondo del ojo y cerciorarse de su estado.

Es de notarse que en las personas en edad propicia a la catarata senil, es corriente observar un reflejo grisáceo en la pupila sin que exista catarata.

Debemos advertir, por último, que el diagnóstico de la catarata, deberá formularse juiciosamente teniendo presente las siguientes reglas:

- Practicar un examen cuidadoso antes de aventurarse al diagnóstico.
- (2) Cerciorarse bien de que no existe glaucoma y que la córnea esté clara y la pupila libre, reaccionando normalmente a la luz.
- (3) No despachar ningún caso positivo o sospechoso de catarata sin advertir al enfermo que vea un especialista cuanto antes, y nunca aconsejarle que espere para hacerlo a que se madure la catarata, (hasta que no vea).
- (4) En todo caso de empobrecimiento de visión, indique la consulta al oculista.

Muchos de estos enfermos no podrán o no querrán ir, pero el médico habrá cumplido con su deber y puesto a salvo su reputación haciendo recomendaciones adecuadas.

2-Glaucoma:

El diagnóstico de esta grave afección es de los más difíciles para el médico general.

Hay dos formas principales de glaucoma, la inflamatoria y la simple, crónica, no inflamatoria. Ambas ocurren mayormente en sujetos de edad propicia a la catavata.

Los errores más graves y, desgraciadamente, los más comunes que se incurren en su diagnóstico es la confusión con cataratas y con iritis.

El glaucoma crónico simple es el más difícil de diagnosticar y el que con más frecuencia confunden los inexpertos con la catarata, pues la ausencia de síntomas y signos externos de inflamación y el empobrecimiento progresivo de la visión, muchas veces se toma por catarata incipieute. Este error diagnóstico implica grave riesgo para el paciente, pnes toda pérdida de tiempo significa daño irremediable de la visión ocasionada por la atrofia progresiva del nervio óptico, dándose a memido el caso de que al llegar el caso al especialista va no tiene remedio, en cambio tratándolo a tiempo pudo haberse salvado y quedar con visión útil. Cuando coexisten el glancoma y la catarata lo esencial es reconocer el glancoma que es la afección de más gravedad.

El ataque de glancoma inflamatorio es el que puede confundirse con la iritis, pero un examen cuidadoso evitará este error. Siendo incompatible con la brevedad de este trabajo detallar aquí el diagnóstico diferencial de estas afecciones, nos limitaremos a recomendar una tabla de diagnóstico diferencial que trae el texto de Oftalmología de May, muy conocido por todos los profesionales.

Deseamos insistir en que se tenga mu-

cho cuidado de no emplear atropina en los casos dudosos, remitiéndolos al oculista en seguida.

3-Luitis:

Ya hemos indicado el principal error en que suele inemrir el médico general en el diagnóstico de esta afección, que es confundirla con el ataque de glancoma inflamatorio, sólo nos resta mencionar los errores menos comunes, que son la confusión con la conjuntivitis aguda y con la simple congestión del iris producida por enerpos extraños incrustados en la córnea. Ambos errores sou hijos del desenido y no ocurrirán si se practica un examen enidadoso de todo caso como le mos recomendado. (La tabla de May que recomendamos arriba puede servir de gnía).

4-Tracoma:

Esta afección ocular es la que con más frecuencia ha sido diagnosticada erróneamente por los médicos generales en Puerto Rico, durante muchos años. El Departamento de Sanidad recibe todos los años cientos de partes facultativos de estos casos de tracoma. Es de esperarse que en breve desaparezca este error tan común de nuestras listas nosológicas. Para ello bastaría notificar oficialmente a todos los médicos generales de que en Puerto Rico no existe tal enfermedad sino algún que otro caso extremadamente raro. Uno de nosotros, con más de 15 años de práctica oftalmológica, sólo ha encontrado en unestro país tres casos de tracoma, en dos de los cuales la enfermedad fué contraída en el ex-En nnestro consultorio venimos examinando, desde el año 1928, un promedio de 1500 obreros annalmente, procedentes de todas partes de la isla, tanto del litoral como de la región mon

tañosa y jamás hemos podido observar en ninguno el más leve indicio de tracoma.

La conjuntivitis folicular, muy común aquí, se ha venido confundiendo con el tracoma por muchos médicos, pero aquella es una afección benigna que no causa daño permanente a los ojos y no debe en modo confundirse con el tracoma que es una enfermedad ocular grave.

Para terminar de una vez y para siempre con este craso error diagnóstico sólo se nos ocurre dictar el siguiente axioma: el médico general no debe nunca en nuestro país formular el diagnóstico de tracoma

III—CONDUCTA MEDICA ANTE CIERTOS CASOS OCULARES:

Creemos oportuno considerar antes que nada el vendaje ocular, porque estimamos conveniente que todo médico sepa vendar apropiadamente un ojo y sobre todo, cuándo es que se debe vendar.

En nuestra práctica hemos adoptado como el más conveniente un vendaje de gasa rectangular de 21/2" x 2", sujeta por dos tiras de esparadrapo de 1/2" de ancho y de 41/2" de largo, más o menos, puestas en forma de cruz, una del caballete nasal a la sien, horizontalmente, v la otra de la frente a la mejilla inclinándola un poco hacia afuera en la mejilla para separarla del labio superior. Las puutas de las tiras de esparadrapo que descansan en la frente y caballete nasal llevan un pequeño doblez en su terminación (como de 1/8") que no se adhiere a la piel y sirve para despegar el vendaje fácilmente cuando sea necesario.

Respecto a la indicación del vendaje, la regla de conducta debe ser no vendar

nunca un ojo que supura. La razón es obvia, pues el vendaje favorecería la acumulación de pus, con la consiguiente agravación de la dolencia. Algunos de los casos más corrientes en que está indicado el vendaje son: los traumas oculares, las úlceras de la córnea, las quemaduras, después de extracción de cuerpos extraños de la córnea y después de las operaciones.

Pasamos ahora a considerar concretamente la conducta a seguir en algunos casos oculares corrientes por el médico general:

- (1) Trauma ocular: Lávese el ojo exteriormente, inspecciónese con cuidado, y si se eucuentra o sospecha algún daño, póngase un colirio antiséptico, véndese, y remítase inmediatamente al oculista.
- (2) Ulceras de la córnea: Póngase un colirio antiséptico (mercurocromo al 2 6 al 4%), véndese y refiérase a un oculista. En caso de verse obligado a tratar algún caso, recuérdese que la atropina y un antiséptico, el vendaje y compresas calientes (o calor en otra forma) son los puntos cardinales en el tratamiento de las úlceras de la córnea. Debe recordarse el cuidado que siempre ha de tenerse al aplicar la atropina y por tanto, prescribir sólo 5 cc. del colirio al 1/2% cuando ha de confiársele al paciente. Para aplicarla el médico en su oficina puede usarse al 1%. La pomada oftálmica de Metafén al 1 por 3000 es muy útil en estos casos.
- (3) Ya hemos considerado las cataratas, glaucoma e iritis.
- (4) Sifilis ocular: La sifilis puede afectar cualquier parte del ojo, especialmente en sus estados secundario y terciario, y todo caso de sifilis ocular debe ser tratado a la vez por un oculista y un clínico

con experiencia en el tratamiento de esta enfermedad.

Queremos aclarar aquí el erróneo concepto de que los arsenicales hacen daño a los ojos, error fundado en el efecto perjudicial que a veces producen sobre el nervio óptico ciertos arsenicales pentavalentes, como el atoxil (en desuso) y el triparsamido, habiéndose generalizado este prejuicio a todas las arsfenaminas.

Las únicas verdaderas reacciones tóxicas de las arsfenaminas en los ojos son la hiperemia conjuntival y alguna casual ulceración superficial de la córnea acompañando a una dermatitis exfoliativa. Las demás estructuras anatómicas del ojo, en particular la retina y el nervio óptico, nunca son damnificadas por las arsfenaminas.

Otra de las causas que ha contribuído en gran medida a crear el temor de usar las arsfenaminas en la sífilis ocular es la agravación que a veces causa en las lesiones oculares la reacción de Herxheimer. Esta reacción se da muy raras veces y puede evitarse comenzando el tratamiento con una serie de inyecciones de mercurio o bismuto, o con pequeñas dosis de neoarsfenamina.

Hay también ciertas afecciones oculares que se deben al tratamiento inadecuado de la sífilis. Son estas la iritis y neuritis óptica recurrentes. Estas lesiones nunca son causadas por las arsfenaminas sino por la falta de ellas en cantidad apropiada, y desaparecen con más arsfenamina.

Las manifestaciones oculares de la sífilis son necesariamente numerosas y variadas. Las más comunes son: queratitis intersticial, iritis e iridociclitis coroiditis, retinitis. neuritis y atrofia primaria del nervio óptico. Todas estas afecciones requieren tratamiento antisifilítico apropiado, incluyendo desde luego las arsfenaminas.

- (5) Casos que deben referirse al oculista: Todos los de empobrecimiento de la visión; todos los de cefalalgias y mareos que no cedan al tratamiento corriente, los casos de diplopia, diabetes, nefritis, arterioesclerosis, hipertensión y sífilis del sistema nervioso; los de ataques epilépticos, especialmente los de "petit mal"; los traumatismos graves del cráneo; los sospechosos de tumor cerebral; y por último los casos de exantemas con complicaciones oculares.
- esta afección no debe nunca decirse a los padres que con el crecimiento quizás desaparezca el defecto, pues esto sólo ocurre muy raras veces y, en la mayoría de los casos, se pierde con la espera la oportunidad de corregir el defecto con el tratamiento médico, la mejor y quizás única oportunidad de restablecer la visión binocular. El tratamiento médico ha de aplicarse lo más temprano posible; después de los siete u ocho años generalmente resulta inefectivo, quedando sólo el recurso quirúrgico.
- (7) Cuerpos extraños: Huelga decir que si estos son intraoculares o incrustados profundamente en la córnea o esclerótica su tratamiento corresponde al especialista. Los pequeños cuerpos que a menudo se encuentran clavados superficialmente en la córnea o en la conjuntiva puede extraerlos el médico general, en caso de no poder remitirlos a un oculista.

IV—BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA CIRUGIA OCULAR EN LA PRACTICA GENERAL:

1—Cirugía mayor: Esta se reduce a alguna enucleación ocasional que haya necesidad de practicar por existir una traumatización muy grande del globo ocular, ocurrida en circunstancias en que resulte imposible obtener la ayuda de un especialista. De toda otra cirugía mayor de los ojos debe abstenerse el médico y el cirujano general.

2—Cirugía menor: Sólo trataremos aquí la extracción de cuerpos extraños superficiales, ya que no consideramos correcto que ni el médico ni el cirujano general practiquen ningún otro procedimiento quirúrgico en los órganos de la visión.

Para que el médico general pueda practicar ésta, que a primera vista parece parte insignificante, de la cirugía ocular es necesario que conozca debidamente la conformación anatómica del ojo y posea instrumental necesario, teniendo a mano lo siguiente:

- (a) Una buena luz, para lo cual sirve admirablemente una linterna eléctrica enfocable, sostenida por otra persona para que el cirujano tenga las manos libres.
 - (b) Una buena lupa binocular.
- (c) Un colirio anestésico de efecto seguro: Pantocaína al $\frac{1}{2}\%$ o butina al $\frac{2}{\%}$.
- (d) Una bucna aguja para cuerpos extraños. (Hay varios modelos convenientes).
- (e) Una pequeña pinza de disección y otra de pestaña.
- (f) Un buen colirio antiséptico, y el mejor que se presta para el caso es el de

mercurocromo al 2%, instilándolo después de separar el cuerpo extraño para que sirva como agente profiláctico contra infección de la córnea y a la vez como guía de la curación. El mercurocromo es un derivado de fluorescina (2:7 dibromo 4 hidroxi-mercuro-fluorescina), y pinta de rojo todos los puntos desprovistos de epitelio en la córnea. La córnea normal no se colora, así pues, cuando una lesión superficial de la córnea deja de colorarse con mercurocromo ello indica que está cicatrizada, o sea, cubierta de epitelio

Al examinar un ojo para determinar la presencia de un cuerpo extraño es necesario hacer una inspección sistemática y cuidadosa del saco conjuntival inferior, de la córnea, de la conjuntiva bulbar, de la cara conjuntival del tarso superior, y por último el orificio de los canalículos lagrimales que abren en el extremo interno o nasal de los bordes palpebrales.

Muchos cuerpos extraños que llegan al ojo sin la fuerza suficiente para incrustarse en la córnea o en la conjuntiva bulbar suelen alojarse debajo del párpado superior en el surco subtarsal. Por esto es imprescindible volver el párpado superior e inspeccionar bien la cara conjuntival del tarso superior.

La eversión del párpado superior constituye un pequeño ardid que debe saber todo médico. El secreto está en que la persona tiene que permanecer mirando hacia abajo para poderlo conseguir. Lo demás es fácil: con el índice y el pulgar de una mano se cogen las pestañas y con el índice de la otra mano, que sirve de fulcro, se hace una leve presión hacia el ojo por encima del párpado y el borde superior del tarso, elevando a la vez el párpado asido por las pestañas con la otra

mano. Con soltar el párpado y hacer mirar hacia arriba al paciente, el párpado revierte automáticamente a su sitio.

Repetimos la conveniencia de inspeccionar el orificio palpebral de los canalíde quitar la escara de óxido que estos culos lagrimales ya que en ellos se alojan a veces pequeños cuerpos extraños de forma cilíndrica como pestañas y fibras de caña.

En los cuerpos extraños metálicos clavados en la córnea debe cuidarse siempre muchas veces dejan.

Conviene recordar que las erosiones de la córnea dan la sensación de cuerpo extraño y en caso de que no se encuentre éste debe ponerse una gota de mercurocromo e inspeccionar seguidamente el epitelio de la córnea para ver si coge el color (lo que indica descamación) en algún punto.

Después de quitar un cuerpo extraño de la córnea siempre debe ponerse mercurocromo al 2% y vendaje. El colirio se instilará todos los días y se cambiará el vendaje hasta que esté cicatrizada la lesión corneal, que será cuando no se coloree con el mercurocromo como ya se ha explicado.

OBSERVACIONES SOBRE LOS ULTIMOS BROTES DE INFLUENZA EN PUERTO RICO*

PABLO BONELLI, M. D. Guayama, P. R.

La benignidad relativa de la ola de influenza que recientemente azotara al país, estudiada comparativamente con la severidad de los brotes de 1928 y 1918, y de sus respectivas complicaciones y secuelas, nos obliga a hacer un recorrido sobre la literatura médica que ha circulado profusamente en la última década y media acerca de esta enfermedad, y sobre el resultado de nuestras propias observaciones.

Sabido es que la guerra mundial, merced al esfuerzo unido de las naciones beligerantes, ofreció grandes oportunidades para la investigación, observación y estudio de la enfermedad. No tan solo durante la guerra fué movilizado un perso nal técnico debidamente equipado para la obtención de datos más o menos uniformes, sino que terminado el conflicto bélico se continuó llevando a cabo una intensa labor por los departamentos del ejército y la marina, por las diferentes juntas de Sanidad Pública, por varias instituciones de investigación, por algunos hospitales y, aisladamente, por investigadores competentes, con objeto de esclarecer este importante problema médico.

A pesar de todos estos esfuerzos, si descartamos algún progreso hecho en el campo de la epidemiología, la controversia levantada acerca de si el bacilo de la influenza es el único factor etiológico,

las varias observaciones inmunológicas y serológicas recientemente verificadas y la naturaleza de ciertas complicaciones, tenemos que aceptar que el conocimiento actual respecto a la etiología de la enfermedad no aventaja en mucho al que tuvieron nuestros antecesores en la gran epidemia de 1889 y las que la precedieron.

La mayoría de los autores antiguos y modernos concuerdan en que todas las grandes pandemias han presentado idénticos caracteres clínicos y epidemiológicos, y en que la forma respiratoria predomina sobre la gastrointestinal y la nerviosa. Pero lo que está siendo todavía objeto de discusión es su etiología. Cuando en 1892 Pfeiffer describió al bacilo de la influenza, la profesión comenzó a presagiar una era más favorable para la continuación de los estudios sobre la transmisión, focos de infección. prevención, innumidad y tratamiento. Y aunque desde un principio se aceptó tal descripción con cierta reserva, no fué sino hasta después de la epidemia de 1918 a 1919 que investigadores asiduos pusieron en duda la especificidad del bacilo de la influenza como único factor causante. Estos sostienen que el bacilo se encuentra en las secreciones de las vías respiratorias con la misma frecuencia en tiempos de epidemia que en tiempos normales, que las reacciones inmunológicas no son del todo convincentes, que la enfermedad no se ha podido transmitir experimentalmente a los animales

^{*} Leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, celebrada durante los dias 14, 15 y 16 de diciembre de 1934.

ni al hombre, y que, finalmente, el bacilo no ha podido hallarse invariablemente en los casos afectados de la enfermedad. Algunos bacteriólogos, especialmente de la escuela europea, conciben la posibilidad de que un virus filtrable sea la causa directa del proceso morboso. sostiene que cuando el bacilo de Pfeiffer no es hallado en los casos de influenza. algún otro agente, solo o conjuntamente con el bacilo, es el factor causante: otros, también de acuerdo con esta teoría, alegan que la propagación rápida de la influenza es únicamente comparable a la de las enfermedades producidas por virus invisibles, (virnela, sarampión, parálisis infantil, psitacosis). Sabli² sostiene que la causa de la influenza es un virus complejo; esto es, que se debe a la acción simultánea del bacilo de Pfeiffer con otras bacterias o con un virus invisible, eu cuva asociación morbígena ninguna de las dos partes asume papel primordial o secundario y ambas participan con igual derecho en el proceso, en una especie de simbiosis patológica. concepto de la acción combinada de un virus invisible con el bacilo de Pfeiffer ha sido confirmado por investigaciones recientes. En una epidemia de influenza porcina caracterizada por hallazgos clínicos y anatómicos idénticos a los de la influenza en el hombre. Lewis v Shope³ aislaron un bacilo con reacciones tintóreas y morfológicas idénticas a las del bacilo de Pfeiffer. El segundo de estos investigadores. Shope, demostró la presencia de un virus visible en los órganos de cerdos afectados de la enfermedad, y llegó a la conclusión de que la influenza porcina es debida a la acción combinada de un bacilo hemoglobinofílico con un virus invisible; y. a la vez, hizo resaltar el hecho de que los animales infectados

solamente con el virus no desarrollaban la enfermedad.

La teoría de que otras bacterias, o formas diversas del mismo bacilo de Pfeiffer, puedan desempeñar el papel de bacilo específico de la influenza, justifica la ausencia del bacilo de Pfeiffer en muchos casos. Rosenow4 presenta la siguiente hipótesis al hablar del bacilo de la influenza: "Las modificaciones peculiares que estos organismos experimentan, bien aisladamente o a manera de simbiosis, deben considerarse como la causa de las diversas manifestaciones de la influenza. Mutación o disociación del grupo pueumococo-estreptococo que habita normalmente las vías respiratorias del hombre, exaltación virulenta del mismo grupo, hipersensibilidad o alergia a las proteínas bactéricas, deben considerarse como factores importantes en la producción de las manifestaciones peculiares de la enfermedad."

Por el momento presente, y en lo que al aspecto clínico concierne, el único extremo en que están de acuerdo todos los investigadores es el siguiente: Que las diferentes broncopulmonías que complican la enfermedad tienen por causa otras bacterias cuva naturaleza varía según las diferentes condiciones. Las vías respiratorias son las más afectadas y suelen ser el sitio preferente de la mayoría de las complicaciones y secuelas de la enfermedad. La infección aguda de los senos nasales es muy frecuente durante el ataque de influenza y suele persistir indefinidamente, encontrándose el bacilo de Pfeiffer asociado a la sinusitis. La otitis media crónica, mastoiditis aguda con trombosis del seno lateral, absceso cerebral y meningitis son complicaciones comunes. Después de un ataque agudo de bronquitis o peribronquitis las paredes

bronquiales pueden resblandecerse y dilatarse hasta que con el decurso del tiempo se establece un estado de bronquiecta sia, (Hnnter⁵), con la presencia de bacilos de influenza en el esputo. Las fluxiones plenrales, generalmente purulentas, sobrevienen a los ataques de broncopulmonfa, v estos empiemas suelen ser freenentemente causa de la persistencia de la elevación de la temperatura una vez pasado el período agudo de la enfermedad. Son a veces difíciles de reconocer por hallarse enquistados o situados entre los lóbulos pulmonares. El empiema interlobar asienta en las fisuras interlo bares y es, por lo general, de mayores dimensiones que el absceso pulmonar. Hoffman6 ha podido demostrar mediante observación radiográfica de qué manera uno de estos abscesos pudo vaciarse parcialmente en un bronquio. Cuando el absceso es superficial, el murmullo vesi cular está debilitado o suprimido por completo.—La broncopulmonía de la influenza merece especial mención por la tendencia a ser bilateral y afectar casi rodo el pulmón llegando hasta sus alveolos más pequeños. En otras palabras, es siempre lobulillar, en contraste con la forma empal o lobar producida por las diferentes modalidades del pneumococo. Se trata de focos bronconeumónicos diseminados que pueden provocar extensas infiltraciones del parénquima pulmonar, con mediana matidez, y que dan lugar también a la formación de abscesos pulmonares, interlobares y empiemas (Herz7).-Los casos de tuberculosis incipientes son siempre activados y los crónicos empeorados por la influenza; pero las estadísticas no demnestran que haya anmentado el número de tuberculosos después de las últimas epidemias de influenza. Debe advertirse que después de una epidemia persisten en muchos casos la tos frecuente y la elevación, más o menos variable, de la temperatura como consecuencia de una pulmonía que se resuelve muy lentamente. Y, por último, las nefritis acompañan invariablemente a los casos de influenza con broncopulmonía; las trombosis de las arterias son univ raras; las de las venas son más frecuentes, produciendo a veces embolia; las artritis constituyen nna secuela algo frecuente, requiriendo en muchos casos la aspiración o el drenaje; las nenritis periféricas no dejan de ser raras; y, como observación final, se han observado algunas psicosis postinfluenza, especialmente la demencia precoz.

Estudiando la intensidad de la epidemia de 1918 al 1919, observamos que en nna cindad como Gnayama, con sus 22,-500 habitantes para esa época, la morbilidad fné de 55%, y la mortalidad de 2.87, atribuíble ésta en su mayor parte a las broncopulmonías. La segunda causa de muerte fué la nefritis como complicación frecuente de las broncopulmonías. Y, en tercer lugar las plenresías que invariablemente eran de carácter purulento, lo que demostraba la asociación de bacterias piógenas al factor etiológico. De 27 toracotomías practicadas en Guayama v pueblos limítrofes, 6 casos sucumbieron con gangrena del pulmón. Practicáronse 7 mastoidectomías segnidas de curación radical y 3 casos de artritis supurada continuaron bajo tratamiento durante varios meses después de la epidemia.

El brote de 1928, si bien es cierto que no arrojó una morbilidad tan alta, tampoco dejó de presentar caracteres alarmantes si tomamos en consideración que la enfermedad hizo su aparición algunas semanas después del huracán de San Felipe, y que, por consiguiente, las condiciones de vida de los habitantes ofrecían un ambiente favorable para su propagación. En esta ocasión la morbilidad fué de un 18% y la mortalidad de 1.35, ocasionada en su mayoría por complicaciones del árbol respiratorio, excepción hecha de nu caso de tromboflebitis del seno lateral con meningitis, en el cual la autopsia reveló, además de las lesiones mencionadas, abscesos múltiples del cerebro y cerebelo, con trombosis concomitante del seno cavernoso.

El último brote que nos azotara recientemente fué relativamente benigno. De cerca de 700 casos observados clínicamente por el autor, sólo 4 tuvieron broncopulmonía, habiendo todos convalecido libres de secuela alguna. Hasta la fecha no he tenido bajo mi observación ningún caso de empiema, pero sí 2 de sinusitis paranasal que mejoran progresivamente.

RESUMEN

Del estudio de estas breves observaciones se llega a las siguientes deducciones:

- 1. Que la asociación de los bacilos de la influenza con otros agentes virnlentos produce las diversas manifestaciones de la enfermedad en su forma epidémica.
 - 2. Que si se llegara a demostrar con-

cluyentemente que la influenza en la especie humana es debida a la acción conjunta de un virus invisible con las diferentes formas del bacilo de Pfeiffer, habría que esperar la posibilidad de una terapia preventiva.

- 3. Que los brotes frecuentes de la entermedad, a intervalos cortos, confieren cierto grado relativo de inmunidad.
- 4. Que la morbilidad aumenta cuando el intervalo entre una y otra epidemia es más largo, por encontrar nuevas generaciones de individuos susceptibles que no han sido expuestos a infecciones anteriores,

REFERENCIAS

- Meyer, K.—The Problem of the Etiology of Grippe in the Light of Recent Investigations. Klinische Wochenschript, 12: 289-292.
- 2. Sahli.—Citado por Meyer Ibid.
- 3. Lewis y Shope.—Citados por Meyer Ibid.
- Rosenow, E. C.—Observations on the cause and Prevention of Influenza and Influenzal Pneumonia. Minnesota Medicine, 12:366. 1929.
 - Hunter, C.—The Late Sequelae of Encefalitis Lethargica and of Influenza. The Canadian Med. Asoc. Jour, 24:828-930. 1931.
- Hoffman, A.—Absceso pulmonar. Tratado de diagnóstico diferencial de Medicina Interna por Honigmann, C. Vol. II, pp. 48-49.
- Herz, A.—Diagnóstico diferencial de Medicina Interna por Honigmann, C. Vol. II, pp. 227-232. 1932.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Año XXVII

Abril, 1935

Núm. 4

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe: Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador: Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M. Suárez Dr. J. Rodríguez Pastor Dr. Juan A. Pons

EDITORIAL

OBITO

DR. JOSE H. AMADEO

N. febrero 14, 1869. † abril 9, 1935.

Tenemos que consignar con sentido pesar la desaparición de uno de los miembros más distinguidos de nuestra Asociación, médico eminente de la pasada generación, ocurrida el 9 de abril de 1935. Anciano ya y reclnído en su hogar desde hacía algunos años, alejado completamente de la práctica profesional, venía el Dr. Amadeo sufriendo de una larga y penosa enfermedad que, al fin, venció su débil organismo en el cual no quedaban ya restos de aquella su pujanza y arrogancia de antaño. Los que le conocimos en la época en que ejercía su profesión en el pueblo de Vega Baja y, más tarde, desempeñando el puesto de Jefe del Negociado de Eu-



Dr. José H. Amadeo

fermedades Transmisibles del Departamento de Sanidad, recordaremos siempre su inquieta movilidad, su penetración clinica, su infatigable devoción al trabajo, su gesto caballeresco y noble, incapaz de una acción baja, siempre dispuesto a romper lauzas, con el arresto juvenil de un muchacho, por todas las injusticias. Aquella expresión suya, exaltada o sonriente, bajo su barba blanca, componían una figura tradicional de médico del buen tiempo pasado. Por eso, amque alejado de la lucha cotidiana, conservó siempre a su lado un núcleo numeroso de buenos amigos, de discípulos y admiradores.

En el acto del sepelio, nuestro compañero emérito, decano de nuestra profesión y de unestra hermandad, el Dr. Manuel Quevedo Báez, pronunció una sentida oración fúnebre, en la que, haciendo historia retrospectiva, evocó los días lejanos

de la juventud cuando ambos eran compañeros de Instituto, allá por los años 1883 a 1886, y juntos cursaban su bachillerato, estudiando ciencias y latines, embriagados a veces de versos románticos que les recitaba otro compañero también desaparecido, el poeta Clemente Ramírez de Arellano. Separóles el destino y, al correr del tiempo, consumada ya la separación de esta Isla de la Corona de España, vuelven a encontrarse ambos camaradas formando parte como miembros de la primera Junta de Médicos Examinadores, bajo la presidencia de otro médico ilustre, también fenecido, el Dr. Don Esteban Saldaña. Ené la oración fúnebre del doctor Quevedo Báez, una página poética exquisita de sensibilidad y de nostálgica emoción, en la que destacó con precisión

impecable los rasgos más salientes del compañero fenecido y sus recuerdos personales de la lejana juventud.

Nosotros, los que venimos detrás de esa generación de médicos que va desapareciendo, hemos de tener siempre presente sus grandes virtudes, procurando continuar esa tradición de hidalguía en el ejercicio científico de nuestra carrera, y recordar como un ejemplo la vida de estos compañeros que, como el Dr. Amadeo, supieron siempre mantenerse a la altura de su deber y de su patriotismo.

La Asociación Médica de Puerto Rico acompaña en esta hora de dolor a sus familiares, especialmente a su hijo, nuestro compañero de profesión, el Dr. José A. Amadeo, en quien han de continuarse las virtudes de su progenitor.

R. L.

Para Reducir la Hinchazón



Guando usted, en el ejercicio de su profesión, encuentra un area infamada y dolorida, su primer paso es hacer una aplicación que alivie el dolor y reduzca la hinchazón y la inflamación.

Esta es exactamente la función de Numotizine, en cuya fórmula se encuentran los ingredientes médicos del guayacol y la creosota, haciendo de ella un emplasto antidogístico, cuya aplicación local produce resultades no solamente analgésicos y descongestivos, sino también antisépticos.

Cuando se aplica sobre un area hinchada e inflamada, Numotizine preperciona inmediato alivio al paciente y, por consiguiente, es un adjunto de gran valer en cualquier tratamiento de las enfermedades en que aparezcan las condiciones descritas.

¿Nos permitirá usted enviarle una muestra para que haga con ella experimentos clínicos?

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St. Chicago, U.S.A.

Robert & Santini,
Distribuidores

Avenida Ponce de León San Juan, Puerto Rico.

Rob	ert	&	Sant	ini,		
Ave	nid	a F	once	de	Leó	n
San	Jua	ın,	Puer	to	${f Rico}$	

Dept.P.R.4

Ciudad_____Estado_____



LEXTRON LILLY

O

un concentrado hepático gástrico con hierro y vitamina B. Estimula la formación de eritrocitos y hemoglobina. Se indica en las anemias secundarias de diagnóstico específico, así como en muchos estados clínicos indefinidos que a menudo acompañan a las anemias. A El Lextrón se administra por vía oral en formas de cápsulas y polvo.



ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

FABRICANTES DE PRODUCTOS MEDICINALES DESDE 1876

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico,

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE

MARYAND UNIVERSITY

BHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HOUSE

11.1AUG 1936

Página

	Págin
Interpretaciones electrocardiográficas de ciertas	
condiciones patológicas del Miocardio, A. Fer-	
nós Isern, M. D., San Juan, P. R	113
La restricción voluntaria de la Natalidad ante	
las leyes, Anthony M. Turano	123
EDITORIAL	134

PRESCRIBE

COLE'S EMBRY-E

(Cole's Pure Cold Pressed Wheat Germ Oil)
"THE RICHEST KNOWN SOURCE OF VITAMIN E"

INDICATIONS:

- 1. Correction of female sterility.
- 2. Expectant and nursing mothers.
- 3. Prevention of male sterility.
- 4. Lowered basal metabolism, myasthenia gravis, paralysis and other forms of muscular debility.
- 5. Anterior Pituitary deficiency.

Write us for literature

COLE CHEMICAL COMPANY St. Louis, U. S. A.

QUALITY PHARMACEUTICALS

ENRIQUE VELEZ POSADA-Edificio Ochoa 421-Apartado 1018-San Juan

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100 c. c. de GLEFINA contienen:

Glefinol	0,125	grs
Extracto de malta	16,000	"
Hipof, de manganeso	0,036	"
" " calcio	0,036	"
" " quinina	0,014	"
" " estricnina	0,004	2.7
" " potasio		"
Jarabe de cacao	30,000	32
Ext. fluído de naranjas amargas	1,000	"
V o s mara 100 co de producto		

DOSIS

Niños: de 3 a 5 años, de dos a tres cucharadas de las de café al día; de 5 a 10 años, de dos a cuatro cucharadas de las de postre al día; de 10 a 15 años, de dos a tres cucharadas grandes al día. Adultos: de tres a cuatro cucharadas grandes al día. (Salvo indicación facultativa.)

GLEFINA debe tomarse antes de las comidas.

LASA

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

FORMULA

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5	gramo
Jarabe de brea	40	C. C.
Jarabe savia de pino	50	**
Jarabe bálsamo tolú	60	"
Glefina	150	17

DOSIS

NIÑOS: 3 a 5 años. 2 a 3 cucharadas de las de café al día; 5 a 10 años, 2 a 4 cucharadas de las de postre al día; 10 a 15 años, 2 a 3 cucharadas grandes al día.

ADULTOS: 3 a 4 cuchara as grandes al día. (Salvo indicación facultativa.)

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City-New York.

ENRIQUE VELEZ POSADA -- Edificio Ochoa No. 508, Box 1018 -- San Juan, P. E.

PARA EL CONVALECIENTE Y EL PACIENTE NERVIOSO

VIROFOS

En el Virofos, los glicerofosfatos de calcio, hierro, y manganeso junto con los glicerofosfatos de quinina y estricnina, son hábilmente ligados en un tónico que puede ser administrado al convaleciente o a aquellas personas con tendencias neurasténicas.

En tal forma es ofrecida al médico una preparación de buen sabor y en que puede dependerse, para la cual él encontrará muchas aplicaciones en el tratamiento de una gran variedad de males nerviosos.

Virofos es una preparación agradable y efectiva, apropiada para ser administrada durante un período de tiempo aún al más fastidioso paciente.

Los glicerofosfatos de quinina y estricnina imparten un sabor ligeramente amargo que actúa como un estimulante del apetito.

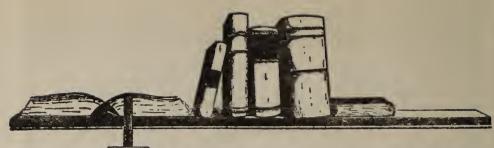
FORMULA

CADA 100 C. C. CONTIENEN

Glicerofosfoto de Colcio . 1.75 grms.
Glicerofosfoto de Sodio . 3.50 grms.
Glicerofosfoto de Hierro . 0.33 grm.
Glicerofosfoto de Mongoneso, 0.22 grm.
Glicerofosfoto de Quinina . 0.11 grm.
Glicerofosfoto de Estricnina, 0.014 grm.
Bose de Elixir de John Wyeth
& Brother, c. s. para completor . 100 c. c.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED PHILADELPHIA, E. U. de A.





La NTIPHLOGISTINE

en el tratamiento de la MASTITIS

Al primer indicio de inflamación e hinchazón de las glándulas mamarias, la Antiphlogistine aplicada copiosamente y con el debido sostén del pecho conduce generalmente a una completa curación dentro de un período de tiempo relativamente corto.

A causa de sus efectos hiperémicos, osmóricos y relajantes, la Antiphlogistine produce una pronta resolución, de la inflamación, y proporciona un calor húmedo y un sostén plástico, esenciales para el debido tratamiento de la mastitis.

Los libros de texto y trutados clásicos de medicina recomiendan ha Antiphlogistine para el alivio de esos estudos.

Enviamos muestra y literatura a seticitud

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY
165 Vazick Street, Neeva York, E. U. A.

LUIS GARRATON, P. O. BOX 1541, SAN JUAN

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

MAYO, 1935

Núm. 5

INTERPRETACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS DE CIERTAS CONDICIONES PATOLOGICAS DEL MIOCARDIO

A. FERNOS ISERN, M. D.

San Juan, P. R.

Brere Resumen Histórico:-

Fueron Koliker y Müller en 1856 quienes demostraron la producción de una corriente eléctrica con cada contracción del corazón de la rana. Más tarde, en 1887, hace pues 47 años, Waller annució en el "Journal of Physiology" que la corriente eléctrica generada por las contracciones del corazón humano podían captarse y demostrarse aplicando a la superficie del cnerpo un par de electrodos conectados a un electrómetro capilar. En 1903 annució Eithoven el descubrimiento del galvanómetro de cuerda. Poco después se introducía su uso en algunos hospitales y con ésto dió comienzo la electrocardiografía clínica.

Importancia de la Electrocardiografía:

Al principio se aplicó principalmente la electrocardiografía al estudio de las perturbaciones del ritmo cardíaco, pero luego se ha extendido al de otras condiciones patológicas del corazón, singularmente las degeneraciones del miocardio, a punto tal que el Dr. Panl Dudley White (1) en su libro "Heart Disease" de 1934, declara:

"Puede decirse en justicia hoy que un examen cardiovascular no está completo sin un electrocardiograma que con frecuencia aporta mucha ayuda en el diagnóstico."

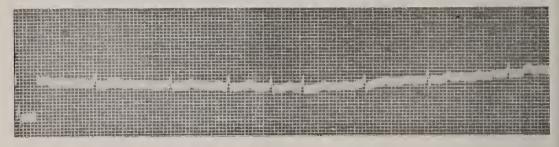
Presentación de Casos.

Veamos qué luces puede dar la interpretación clínica de la electrocardiografía, aplicada a la patología miocárdica en ocho casos estudiados por nosotros.

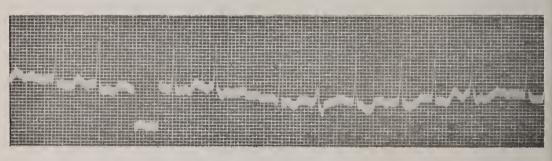
Caso 64.—Presenta un complejo Q. R. S., en la primera derivación, de escasa amplitud y de contornos gruesos; engrosamiento del mismo complejo en la segunda derivación; igual situación en la tercera; onda T. en las derivaciones H y III, negativa, y Q. R. S. 3 de mayor amplitud que en la DI. La inversión de la onda T. pudiera tener explicación en la digitalización, mas no así el engrosamiento del complejo Q. R. S.; hay tendencia a preponderancia derecha. El caso es de fibrilación auricular, pero además de la perturbación del ritmo, el cardiograma evidencia la degeneración del músculo cardíaco.

Caso No. 64

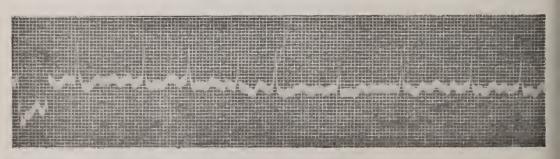
O. M.



D 1



DП



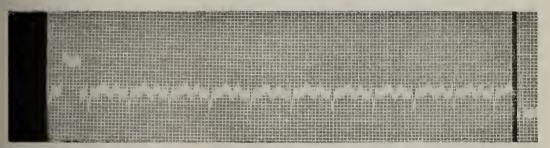
DIII

Caso 29.—Taquicardia sinusal: presenta el intervalo anrículo-ventricular de 0.24 de segundo o sea "heart block" parcial; onda P (anricular) de amplitud y duración exageradas y desviación axial derecha. El complejo Q. R. S. está invertido y engrosado en la primera derivación, engrosado en la segunda. Los hallazgos clínicos se resumían en un soplo mitral pre-

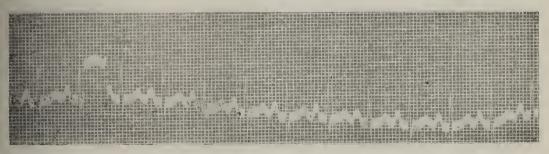
sistólico, "thrill" y disnea . El caso era de enfermedad mitral reumática, a juzgar por el historial, el examen físico y la lectura electrocardiográfica. Había además de la perturbación del ritmo (apreciable clínicamente) y de la lesión valvular conocida, la profunda degeneración miocárdica que poco después concluyó con la muerte.

Caso No. 29

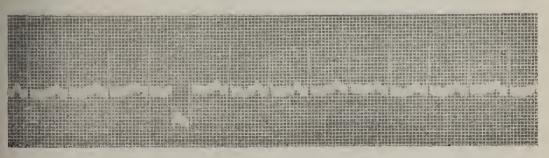
R. G.



ÐΙ



DH



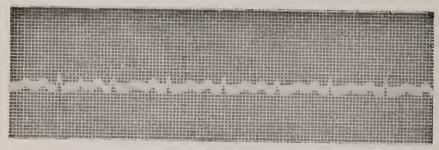
Muy parecido al que acabamos de estudiar es el caso No. 31, de marzo 31, 1934: F. M., con velocidad auricular y ventricular de 90 y foco sinoauricular; el intervalo aurículo ventricular es de .24 de segundo; la onda P tiene duración de .12 de segundo o más. El Q. R. S. es de escasa amplitud y grueso en la primera deriva-

ción; está levemente engrosado en la segunda y tercera; la onda T, isoeléctrica en 111 y de escasa amplitud en 11.

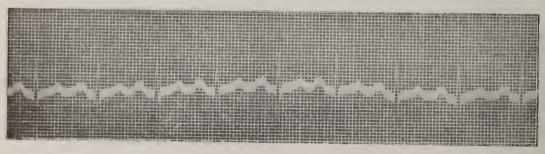
El caso clínicamente era de una carditis reumática: la electrocardiografía nos indica además que existe ya un estado permanente de bloqueo parcial. Su estado no era tan grave, sinembargo, y la paciente vive en relativa capacidad de trabajo.

Caso No. 31

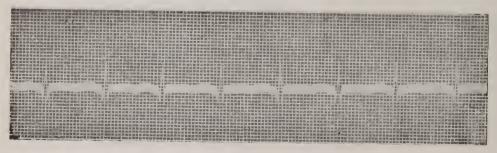
F. M.



Di



DH

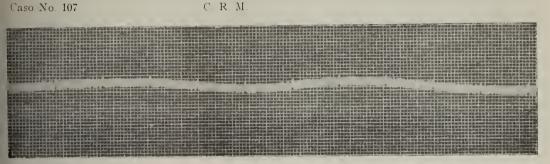


Veamos ahora el "record" 107 de octubre 12 de 1934.

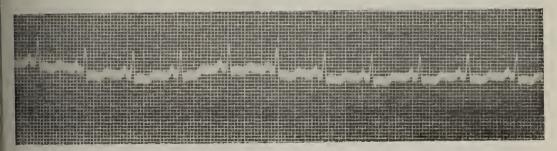
C. R. M., de afrededor de 60 años, ritmo regular, sinoauricular, de 110 por minuto; intervalo aurículo-ventricular de .12 de segundo; voltaje bajo (no más de 6 m.) en la derivación de mayor amplitud; tendencia a desviación derecha; Q. R. S. engrosado en las tres derivaciones; T. iso eléctrica en la 1 e invertida en la 11 y 111.

El cuadro es de profunda degeneración

miocárdica. Por examen hematológico lo era de anemia de Addison. A juzgar por los frecuentes hallazgos post-mortem en estos casos, debemos considerar como muy probable una grave degeneración grasa de este miocardio, dentro del proceso de perturbación hematopoyética. Es evidente que a la enérgica terapéntica anti-anémica debe acompañar el cuidadoso régimen cardíaco.



DI



DII



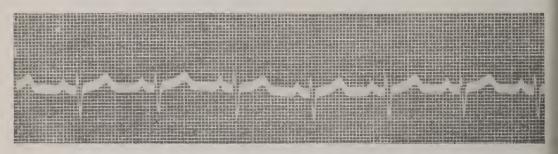
DIII

El caso No. 93, de J. E. N., de 18 años de edad, presenta:—Ritmo regular, sino-auricular, de 70. Intervalo aurículoventricular de .20 de segundo. Intervalo Q. R. S. de .10 de segundo, desviación derecha, Q. R. S. engrosado y quebrado en las

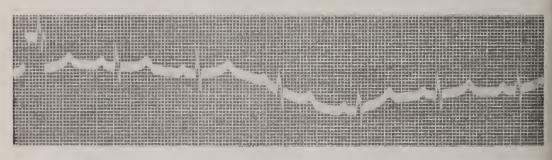
tres derivaciones, intervalo R. T. de .48 de segundo; un verdadero bloqueo intraventricular. Un estado patológico congénito (enfermedad de Roger) de acuerdo con los hallazgos clínicos y con los cuales concuerda la electrocardiografía.

Caso No. 93

J. E. N.



D I



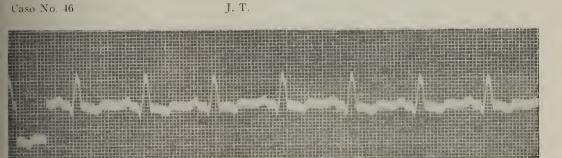
II (I



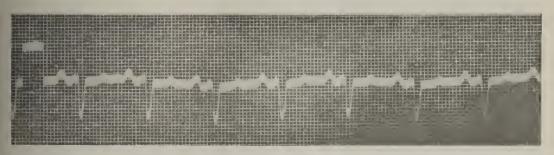
Llegamos ahora a dos casos: el 46 y el 102. Los dos presentan un estado miocárdico que sin la lectura electrocardiográfica no podría establecerse con entera certeza.

Caso 46, J. T. de 56 años; velocidad, 70 a 80, ritmo regular; intervalo anriculoventricular de .24 de segundo, lo que indica bloqueo parcial; Q. R. S. de .12 de segundo, onda Q. R. S. engrosada; aparente preponderancia izquierda.

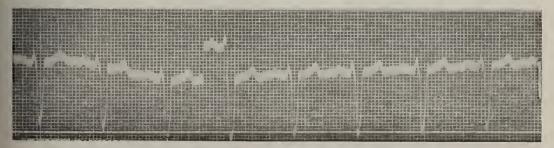
El historial de este caso es uny sugestivo de una trombosis coronaria de hace algunos años. La interpretación actual es de una extensa degeneración del miocardio, afectando el sistema de conducción en el fascículo de His antes de su bifurcación y en su ramal izquierdo después de la bifurcación, en donde probablemente se hubo de localizar el infarto.



DI



DН

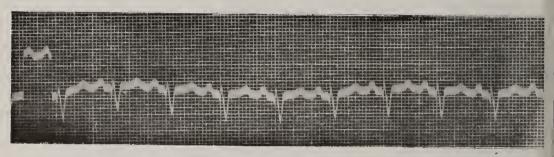


El caso 102, A. M., de 41 años. Ritmo regular, sinoanricular de 100. Intervalo aurículo-ventricular de 18 de segundo, Q. R. S. de 12 de segundo, onda Q. R. S. quebrada y de escaso voltaje. T₂ difásisa, invertida en 111.

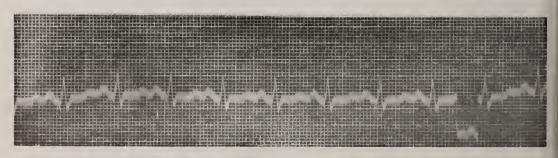
El historial sugiere una trombosis de algunos años. Hay sin duda una profunda degeneración del miocardio. El cuadro clínico es de insuficiencia congestiva. Hay bloqueo intraventricular, pero, mientras el anterior tenía una localización izquierda, éste la tenía derecha.

Caso No. 102

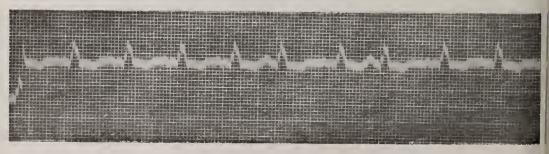
A. M.



DI



DH

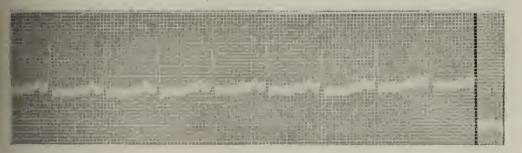


Caso No. 68, R. R. A., edad 60 años. Presenta: Velocidad 100. Ritmo regular. Intervalo anrículoventricular .20 de segundo. Complejo Q. R. S. con fnerte muesca apical en la derivación Π y en la Π . Hay Q_3 muy marcada y leve S_1 . El intervalo S. T. arranca bajo la línea en Π ; tiene leve curva coronaria y va hacia Π negativa. En cambio, en Π , un arranque sobre la línea y en Π , con Q. R. S. negativo

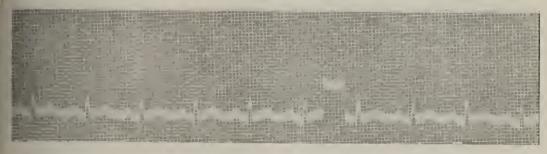
y onda Q muy prominente, tiene un arranque alto, con curva negativa e inmediatamente positiva. En otras palabras, el caso es de oclusión coronaria reciente y su localización está en la rama descendente posterior de la coronaria derecha, porción posterior del ventrículo izquierdo. El caso, con síntomas desde catorce días antes, falleció veinte horas después de tomado el cardiograma.

Caso No. 68

R. R. A.



DI



DII



Resumen: — La electrocardiografía es auxiliar valioso y a veces indispensable para el diagnóstico del estado del miocardio.

La afirmación de White glosada al comienzo de este trabajo no es una exageración en la práctica de la moderna cardiología.

Estos ocho electrocardiogramas fueron de gran valor para comprobar:—

- (a) Degeneración miocárdica en un caso de fibrilación auricular (64).
- (b) Degeneración miocávdica, hipertrofia auricular y perturbación conductiva en un caso de carditis reumática (29).
- (c) Degeneración miocárdica y perturbación conductiva, en otro caso, de menor gravedad (31).
- (d) Degeneración miocárdica en un caso de Anemia de Addison (107).
- (e) Perturbaciones de conducción e hipertrofia derecha en un caso de defecto congénito. (Enfermedad de Roger (93).
- (f) Bloqueo aurículo-ventricular parcial, bloqueo intraventricular (ramal izquierdo del fascículo de His), en caso antigno de oclusión coronaria (46).
- (g) Bloqueo intraventricular (ramal derecho del fascículo) en un caso de oclusión coronaria antigua (102).
- (h) Oclusión coronaria reciente (14 días) localizada en porción posterior del ventrículo izquierdo (68).

BIBLIOGRAFIA

Lewis, Thomas-

Clinical Disorders of the Heart Beat - London, Shaw and Son Ltd. 1925.

Lewis, Thomas-

Clinical Electrocardiography V Edition. Chicago Medical & Book Co. 1931.

Lewis, Thomas-

Diseases of the Heart Macmillan Company, 1933.

Vaquez, Henry-

Diseases of the Heart W. B. Saunders & Co. 1925.

White, Paul Dudley-

Heart Disease, Macmillan Co. 1932.

Pardee E. B .-

Clinical Aspects of the Electrocardiogram— Third Edition. Paul B. Hoeber, 1933.

Wullius, Frederick A .-

Clinical Electrocardiograms. Saunders Co., 1930.

Wilson, Frank N-

"What has the Electrocardiograph to offer to the General Practitioner". Modern Concepts of Cardiovascular Disease. American Heart Asso, Vol. 1 No. 11, Nov. 1932.

Norris & Landis-

Diseases of the Chest.

V Edition.

Saunders Co. 1933.

Wilson Mashead et al-

Determination and Significance of the Areas of the Ventricular Deflections of the Electrocardiogram. American Heart Journal. Oct. 1934. Page 46. Vol. 10. No. 1.

Barnes, Arlie R.

Q. T. Types of Electrocardiograms: The comparative value and complementary value in indicating ocurrence of acute miocardial infarction. American Heart Journal. Aug. 1934. P. 722. Vol. 9. No 6.

Barnes, Arlie R .-

Complex with Situation of Acute Miocardial Infarction.

August, 1934, P. 726, Vol. 9, No. 6.

Criteria Committee of the New York Tuberculosis and Heart Asso. Inc.

Criteria for the Classification of Heart Disease J. J. Little & Ives Co. Third Edition - 1933.

LA RESTRICCION VOLUNTARIA DE LA NATALIDAD ANTE LAS LEYES

ANTHONY M. TURANO

PALABRAS PRELIMINARES

(Nota del Traductor)

En el número del mes de abril de la reputada revista norteamericana The American Mercury aparece el artículo que a continuación reproducimos, con el título en inglés Birth Control and the Law. Su autor, Anthony M. Turano, es un prominente abogado que ejerce su profesión en Reno, Nevada, y cuya firma es bien conocida de los lectores del Mercury por haber aparecido repetidas veces al pie de numerosos trabajos en dicha publicación, y en Forum y en The American Spectator desde hace tiempo.

Hemos recibido autorización para traducir y publicar el artículo en nuestro **Boletín** en sendas y gentiles cartas del editor del **Mercury**, Mr. Paul Palmer, y del autor, a los cuales queremos expresar aquí nues-

tro agradecimiento.

Acometimos la traducción con un gran cuidado, acuciados por el deseo de dar a conocer entre nuestros profesionales médicos una pieza periodística de primo cartelo, que informa objetivamente de los hechos, enfocando las cosas desapasionada-mente y apuntando la solución racional, lógica, verdaderamente humana de un problema social tan debatido hoy en el mundo entero, como es el de la limitación voluntaria de la prole. Creemos que su lectura habrá de ser de gran provecho a nuestras clases intelectuales (a los médicos y abogados principalmente) y a nuestro público en general, en este asunto de vital interés para nuestro pueblo. Nuestra su-perficie geográfica no puede ya sostener sobre sí una población de 466 habitantes por milla cuadrada y que sigue aumentando a una velocidad pavorosa: 600,000 almas en los últimos 30 años. La solución del problema habrá de venir de algún modo, sin que valgan para detenerla las oposiciones más o menos abiertas o declaradas de alguna parte de nuestra sociedad. Para ello habrá que luchar vigorosa y decididamente, pero sin estridencias y rimbombancias de mal gusto, sin ofender la conciencia de nadie, que es, desgraciadamente, lo que se ha hecho hasta la fecha cada vez que esta cuestión ha salido a la luz pública.

Ŧ

Desde los alborotados tiempos en que Anthony Comstock andaba por la tierra consagrado al servicio de Dios, han ocurrido algunos cambios en el mundo y hasta en las cabezas de las gentes más mojigatas. Afortunadamente ya no abundan tanto entre nosotros los moralistas de profesión, los cazadores y sabuesos de obscenidades, cuyo analfabetismo sea de tamaño calibre que no les permita interpretar correctamente las ideas anticoncepcionistas, y entre dichos señores son ya también muy pocos los que se alaban de poseer una numerosa progenie. En cuanto a los respetables ciudadanos que no sienten aficiones de reformadores de la sociedad, está visto que se han pasado al partido del Diablo, pues la producción de herederos se considera hoy día por la gente como un asunto de moral privada, en el que no deben intervenir los inspectores oficiales de correos ni las asambleas legislativas.

Con todo y con eso, las famosas doctrinas de aquel inspirado puritano y exdependiente de comercio que se llamó Comstock y de sus pudibundas legiones de seguidores, no han variado ni un ápice desde que fueron originalmente enunciadas y puestas en la Ley, hace ya sesentidós años. Los deberes de los cónyuges para con el Estado continúan siendo los mismos: no hay excusa legal que valga, por fundada que esté en razones personales o económicas, para eludir los sagrados deberes procreativos. Toda mujer físicamente apta está aún obligada por la ley a crecer y multiplicarse sin inte-

rrupción y sin que deba parar mientes en las cualidades futuras de su vástago, ni en sus probabilidades de vida o de crecimiento.

Afortunadamente, las gentes han logrado escaparse del único procedimiento lógico que habría en este mundo para hacer cumplir ese ideal moralizador elevado a precepto legal: tal sería, p. ej., poner guardias y observadores camarlengos en cada alcoba conyugal para que pudiesen después certificar en conciencia que todos los matrimonios se comportaban con arreglo a la decencia perceptuada en los códigos. Aunque esa medida habría de ser muy del gusto y agrado de las entusiastas huestes de la moral, y de los radicales cruzados contra el vicio, es indudable que resultaría inaplicable por anticonstitucional. En Connecticut, p. ej., el uso de contraconceptivos está considerado por la ley como un delito criminal; pero la disposición específica en el código se limita, naturalmente, a prohibir la fabricación, venta y distribución de tales artefactos o el dar instrucción sobre los métodos para evitar la concepción.

El resultado inevitable de todo ello es que la práctica inteligente de espaciar, de retardar, en lo posible, los embarazos, tiene que depender de la habilidad individual de cada cónyuge para proveer de contrabando el gabinete de remedios caseros con los más eficaces para lograr su objeto y, como sucede siempre con las cosas que se compran de contrabando, esos artículos no tienen frecuentemente ningún valor y, en ocasiones, pueden incluso ser perjudiciales para la salud. Como es ilegal comerciar con ellos, el comprador tiene que correr su albur y exponerse a que le den gato por liebre. Sin embargo, todos sabemos que las clases más instruí-

das se las han sabido arreglar de tal suerte que han puesto un límite a las visitas de la cigüeña, no permitiéndole la entrada en el recinto del hogar hasta tanto que no esté convenientemente preparado para recibirla como es debido y con entera comodidad. Y así sucede que el número de hijos, por término medio, entre las familias pertenecientes a la mesocracia, no pasa de tres; cifra considerablemente inferior a la que prevalecía en la época en que la fecundidad fué por primera vez incluída dentro de los preceptos legales obligatorios.

La única consecuencia evidente que ha tenido esta piadosa conspiración para preservar la ignorancia e inocencia paradisfaca del pueblo es el aumento de la miseria que han experimentado ciertos sectores de la población que, por carecer de los más elementales recursos económicos, no pueden enterarse de los procedimientos contraconceptivos que usan sus conciudadanos de la clase media. Según investigaciones recientes, llevadas a cabo con una subvención del Memorial Milbank, parece ser que las familias más pobres son las que tienen mayor número de hijos, lo cual no es sorprendente, pues el lecho de la miseria siempre ha sido muy Entre la clase algo más acofecundo. modada (white collar class) ocurrieron, en el año 1932, 129 nacimientos por cada 1,000 matrimonios, entre cónyuges cuyas edades oscilaban de 15 a 44 años; en cambio, entre los obreros con oficio determinado, la natalidad en el mismo número de matrimonios, fué de 150 y, entre los que no tenían un oficio fijo, de 184. índice de crecimiento de la natalidad en los hogares de obreros desocupados, durante el mismo año (1932), fué 48 por ciento más alto que entre aquellos en que el jefe de familia desempeñaba una ocupación asalariada. Entre los grupos familiares que recibían subsidios del Estado, el índice de natalidad llegó a ser 53 por ciento mayor que entre las familias que vivían de sus propios recursos. De acuerdo con una declaración oficial del Departamento de la Infancia de los Estados Unidos (U. S. Children's Bureau), el número de niños que reciben auxilio de los fondos de urgencia es de unos siete millones y medio (7,500,000), aproximadamente, lo que "representa una sexta parte de la población infantil de toda la nación".

Un caso típico de caridad en la localidad donde vivo es el de un trabajador en un almacén de maderas, con la mujer enferma y once hijos. Su "hogar" (llamémosle así) consiste en un tugurio miserable sin más muebles que tres camas, una mesa y un fogón, y sin más recursos económicos que los que le da como auxilio el Gobierno Federal. Cada año que pasa aumenta su prole con un nuevo heredero, y el orgulloso padre de familia notifica entonces el hecho con gran presteza a las autoridades locales para que le aumenten proporcionalmente las raciones que le dan. En patriótico reconocimiento a este paternal gobierno que hoy tenemos, le puso el nombre de Franklin Delano a su último vástago y está pensando que si el próximo es una niña la va a bautizar con el de NIRA.

Y familias como éstas se cuentan a millares desde el Atlántico al Pacífico. Por eso uno ya no se sorprende cuando lee en los periódicos algún relato de madres que cometen crímenes para poder evadir la fecundidad en medio de la miseria en que viven. En California son varias las mujeres que han "vendido"

literalmente sus bebés recién nacidos por la misma cantidad que les costaba su permanencia en el lecho de paridas. Una mujer se deshizo de su noveno hijo dándole a respirar vapores de amoniaco y otra degolló con una navaja a una niñita de nueve meses. La única explicación que tienen estos crimenes brutales es, por supuesto, el estado de locura de las que los cometen. Pero si estas pobres mujeres venían desde hace tiempo viendo morirse lentamente de hambre a sus otros pequeñuelos, hay que admitir que el estado de locura resultante de todo ello se produjo en ambas de una manera sorprendentemente parecida, como obedeciendo a fatal determinismo.

En vista de todo esto, parecería lógico que lo primero que habría que hacer para mejorar este estado de cosas, sería instruir al público con los métodos más eficaces para evitar la concepción y distribuirle sin pérdida de tiempo los medios materiales para ponerlos en práctica. Así las clases desheredadas podrían hacer lo mismo que hacen las gentes más inteligentes y mejor acomodadas. Porque, aparte el dolor y la desesperación de los padres y de los mismos hijos, esta llegada constante y sin tasa, sin nada que la detenga, de nuevos comensales a la mesa nacional no parece ser el más sabio método eugenésico. Pero está visto, que a nuestros integérrimos y estrictos legisladores la producción sin plan ni concierto de gente insolvente y famélica les importa tanto, les parece tan apetecible como la gestación de futuros Representantes al Congreso o de moralistas profesionales, organizadores de cruzadas contra la liviandad. Los repetidos intentos que hasta la fecha se han venido haciendo para derogar las distintas disposiciones legales sobre esta materia, no han tenido más éxito que los que se hicieron para anular en los estatutos federales la obra maestra de Comstock, la Enmienda Federal de donde salieron la mayoría de las leyes estaduales.

H

De acuerdo con lo dispuesto en las constituciones de la mitad de los Estados de la Unión, todo lo que se refiere al control de la natalidad forma parte de las disposiciones generales contra la obscenidad, la indecencia, el vicio y el aborto criminal. La prescripción médica de un contraconceptivo, aún de los más usados por los mismos legisladores, está, según la ley, al mismo nivel que el delito de exhibicionismo sexual y que las estrofas de cochina literatura que se escriben en las paredes de los lugares excusados. Y la señora madre de familia que suministre a su hija recién casada "cualquier medicina, remedio, droga, instrumento o dispositivo", que pueda retardar la maternidad, queda ipso facto calificada por el código en la misma categoría que las curanderas profesionales del aborto clandestino.

Es un hecho comprobado de la ciencia médica que las nefritis, la tuberculosis y otras enfermedades se agravan, sin duda alguna, con el parto, el cual puede causar la muerte de la madre; pues bien, a pesar de eso, las leyes actualmente en vigor en ocho Estados de la Unión y en el distrito de Columbia, cuando definen los límites legales de lo que se entiende por decencia, no hacen excepción alguna de los médicos o enfermeras, obligados a actuar en dichas circunstancias patológicas. El médico, pues, según la ley, debe esperar a que la concepción haya llegado

a término y tratar entonces de salvar la vida de la madre por medio de la cirugía. Pero resulta dudoso si la ley permite esa misma operación en caso de que el feto antes de nacer padezca, verbigracia, de sífilis congénita. Tampoco puede la madre alegar en su defensa que ya ha obsequiado a su esposo degenerado o alcohólico, con media docena de descendientes anormales. Según las leves de Missouri. de Pensilvania v de Nebraska, las doctrinas y prácticas neomaltusianas pueden explicarse en las facultades médicas de las Universidades autorizadas por el Estado; pero dichas enseñanzas no deben abandonar las austeras páginas de los libros de texto en las bibliotecas de los médicos, y la distribución de medios anticoncepcionistas está considerada como un delito criminal.

En los Estados de Nueva York y Minnesota el médico está autorizado para impartir instrucción y dispensar contraconceptivos a sus enfermos, pero "únicamente con el objeto de curar o prevenir una enfermedad". Si toda la dolencia de la enferma se reduce, simplemente, a hambre crónica. la ley no hace excepción alguna en su favor en este caso.

Se da por seutado que tales enfermas deben dejar que la naturaleza siga su curso, y avisen a las autoridades de beneficencia pública después que han abandonado el lecho de parturienta. La mayoría de los Estados prescriben en sus códigos penas diversas por el hecho de vender, poseer, dispensar o prestar materiales o utensilios para evitar la preñez; pero no dicen absolutamente nada sobre la legalidad de informar verbalmente a alguien sobre este asunto. En Mississippi no se pueden discutir ni al oído siquiera los métodos anticoncepcionistas.

Este Estado considera los principios de la procreación según un doble punto de vista, y así, por ejemplo, los tribunales pueden imponerle una multa de 25 pesos "a toda persona que exponga a la vista de la gente dentro de un cercado limítrofe con un camino público o a una distancia menor de cien yardas, un caballo padre o un burro garañón".

En Connecticut la ley contra el uso de contraconceptivos se aplica con igual fuerza prohibitiva a los idiotas, a los epilépticos y a los feblementes. Estos seres degenerados están, por consiguiente, condenados por la ley a castidad perpetua; si se casan, y la mujer tiene menos de 45 años de edad, ambos cónyuges puedeu sufrir una condena de tres años de presidio.

Merece notarse que existen veintidos Estados en que las leyes no clasifican la abstención concepcional entre los delitos "libidinosos, contra la moral pública"; empero, ninguno de esos Estados ha podido librarse del prejuicio religioso y reconocer la limitación de la natalidad como una medida social sanitaria. Todos ellos. menos uno, tienen amplias disposiciones legales sobre la obscenidad en general; y la interpretación de si la limitación voluntaria de la paternidad constituye o uo una violación de lo dispuesto por la ley. depende de la religión particular o de las nociones morales del juez que tenga que definir el delito en cada caso determinado. Existe, por tanto, casuística abundante. con decisiones judiciales que sirven para sustentar tanto un aspecto del problema como el contrario.

La misma falta de uniformidad se observa en la actitud de los acusadores fiscales, algunos de los cuales se esfuerzan por hacer que el alcance y aplicación de la ley esté de acuerdo con su actitud per-

sonal y con sus prácticas íntimas en esta materia. Lo cual no quiere decir que el entretenido deporte de cazar pecadores y de preocuparse por las tentaciones del Diablo haya perdido definitivamente el furor combativo que le caracterizó allá por la última década del estúpido siglo Todavía no ha mucho, en el mes de marzo de 1934, el Honorable Leo A. Rover, Procurador General de los Estados Unidos en el distrito de Columbia, al dirigirse a la Comisión Jurídica del Senado, afirmó que era imposible explicarle al público lego los principios en que se funda la limitación de la natalidad "sin teuer que descender al terreno de la grosería v de la obscenidad". Durante la misma audiencia pública, el señor Canou William Sheafe Chase, perteneciente a la secta que se denomina Alianza del Día del Señor, se rebeló contra la opinión en auge de que la gente es incapaz de mejorar su conducta por medio de la ley e insistió en que ello puede conseguirse fácilmente, siempre y cuando que la ley esté en manos de los hombres buenos: "Si tenemos el Estado y la Ley detrás de nosotros", fueron sus palabras.

III

Por si las legislaciones estaduales no estuvieran bastantes sobrecargadas de barbarie ancestral, el año 1873 se les agregó un Acta Federal, que todavía está en vigor, sin que haya sufrido modificación alguna en ninguna parte de la nación. Gracias al celo apostólico del gran Comstock se logró introducir una enmienda, que él consideró como cosa propia y la llamó "mi ley", en la cual la frase "para evitar la concepción" fué calificada entre las cosas "obscenas, sucias, libidinosas e

inmorales". Con dicha enmienda, por tanto, resulta prohibido el envío por correo de literatura informativa o de material para limitar la prole, bajo pena de \$5,000 de multa más cinco años de presidio. La disposición tiene carácter general y no exceptúa ni la literatura médica sobre esta materia, ni el ejercicio de la profesión, en este sentido, de los médicos, ni a los hospitales.

El Administrador General del Correo de los Estados Unidos tiene amplios poderes, facultades omnímodas para decidir lo que considere permisible enviarse por la posta y está investido ex-oficio con el cargo de censor de la moral pública para garantizar la proverbial irresponsabilidad de la prolífica cigüeña. Los jueces federales han declarado frecuentemente que sus decisiones "deben considerarse como concluyentes por los tribunales inferiores, en tanto no se demuestre que están erradas". Según eso, a los tratados médicos, aún cuando se ciñan a lo estatuído por la ley, puede negárseles el pasaporte de libre circulación por el correo, y todo depende de los escrápulos morales de los hombres que dirijan este Departamento del Gobierno Federal. Para evitar toda clase de riesgos los editores prefieren no publicar nada de explicaciones técnicas sobre procedimientos neomaltusianos. Y como la lev fija la misma pena para el portador público o privado de dicha mercancía, ya puede calcularse que ésta no debe ser muy profusa y que los conocimientos técnicos, entre la generalidad de los profesionales, sobre este asunto de la limitación voluntaria de la prole, no puede legalmente haber alcanzado un nivel muy alto. El médico que prefiere estar bien informado y proceder humanamente en el ejercicio de su profesión, en lugar de obedecer tontamente la ley, acude a ciertos subterfugios para adquirir la información científica que desea y suministrar a sus clientes los productos profilácticos que crea conveniente, avudándose para ello de fabricantes clandestinos que le proveen del material ilícito que necesite. No menores son las dificultades que tienen que sortear las distintas elínicas para el control de la natalidad que funcionan hoy día en varios Estados. chas instituciones podrían cumplir su propósito verdaderamente civilizador si se les permitiera atender a las familias menesterosas, sin restricciones morales de ninguna clase. En algunas localidades dichas clínicas se ven obligadas a evadir las leves contra la obscenidad, v en otras tienen que demostrar que su clientela se compone exclusivamente de madres enfermas, incapacitadas físicamente para la preñez y el parto. Y tanto unas instituciones como otras no pueden procurarse ni dispensar las drogas ni las publicaciones de carácter informativo, que necesitan para su labor, por las vías legales.

Uno de los procedimientos favoritos que se utilizan por algunos funcionarios oficiosos para preservar la pureza inmaculada de los apartados de correos, consiste en escribir cartas anónimas ofreciendo productos clandestinos, e inducir así al pecador inexperto a violar la ley. Esta práctica se utilizó con éxito cuando el perínclito e inmenso Comstock lucía sobre su pecho la placa de inspector postal de los E. U., y a ella se ha recurrido después con gran éxito habiendo merecido la aprobación judicial en ciertas ocasiones. En los casos de "El Pueblo de los Estados Unidos versus Ackley", en 1912, y de "El Pueblo de los Estados Unidos vs. Pilson", en 1918, la prueba que presenta-

ron los oficiales de correos consistió en haberse fingido mujeres que se introdujeron en ciertos sitios inquiriendo información neomaltusiana, habiendo dicha prueba merecido ser considerada suficiente por los jueces para basar en ella un veredicto de culpabilidad. Con tales precedentes, las judicaturas estaduales se envalentonaron y recurrieron a los mismos procedimientos de chantaje en servicio de la Ley de Dios. Todavía el año 1929, en la ciudad de Nueva York, la señora McNamara, una detective, se hizo pasar en una clínica de control de la natalidad por madre con numerosos hijos que tenía necesidad de que se la proveyese de medios eficaces con qué moderar su excesiva fecundidad. Volvió a poco rato de salir, acompañada de varios policías, registró toda la oficina, tomó posesión de los archivos y de los informes clínicos confidenciales v arrestó a dos médicos v a tres enfermeras. La causa no prosperó, porque un magistrado juicioso le dió carpetazo fundándose en cuestiones de procedimiento. Pero, naturalmente, esa manera de hacer cumplir la lev desalienta a los médicos, los cuales se niegan a atender las personas que solicitan su asitencia aún en casos en que la más desastrosa situación económica haría aconsejable la atención facultativa.

IV

En sus comienzos, estas campañas para suprimir el vicio a golpes de róten policiaco y la tarea de definir lo que era pecado, pertenecían a la casi exclusiva competencia de los ángeles guardianes de la religión protestante. En efecto: el primer comité que se organizó "para la supresión del vicio" salió de la Asociación de Jóvenes Cristianos. Pero durante

los últimos diez años la mayoría de las sectas protestantes (incluso el Consejo Federal de las Iglesias Unidas, que se compone de 27 denominaciones distintas, y hasta el Capítulo de Obispos de la Iglesia Protestante Episcopal) han mostrado su adquiescencia a las doctrinas sociales sobre el control de la natalidad.

Cuando se verificaron en el Senado las audiencias públicas sobre este asunto. comparecieron algunos fundamentalistas como representantes de dos o tres sociedades militantes dedicadas a la propaganda de la moral, pero las únicas representaciones oficiales de sectas protestantes que allí concurrieron fueron las de algunas filiales de la denominación luterana. La Santa Madre Iglesia Católica, en cambio, envió emisarios pertenecientes a 2,694 asociaciones de feligreses, que representan la suma de 5,000,000 de asociados de ambos sexos. Entre todos los oradores el que más se alarmó por la declinación de la natalidad fué Monseñor John A. Rvan, célibe por voto de su ministerio, el cual también hizo votos especiales de dejar la tabla de multiplicar encomendada al fervor de sus feligreses. Resultan muy entretenidas estas exhibiciones de oratoria forense cuando uno considera que actualmente en los hogares católicos se está librando una batalla entre John Malthus y Santo Tomás de Aquino, y que las ventajas parecen estar a favor de aquél. El susomentado Monseñor Ryan, en un artículo publicado en Commonweal (Feb. 1934), se lamentaba diciendo:

"Nosotros los católicos hemos vivido en medio de un paraíso de tonterías cuando suponíamos que nuestras familias eran numerosas...

Parece un hecho comprobado que en

el momento presente, la procreación infantil ha disminuído y no se renuevan, como es debido, las generaciones de futuros católicos."

Cuando el Proyecto de Ley fué aprobado por el Senado, el senador por Nevada, el Honorable Pat McCarran, católico él, pidió su reconsideración. Como el proyecto no trata de obligar a nadie al uso de contraconceptivos, no resulta fácil entender por qué una minoría sin méritos intelectuales insiste tanto en imponer sus teorías, que en realidad no se practican, sobre sus inocentes conciudadanos.

El prejuicio religioso más corriente es el de que la limitación de la paternidad "constituve un entrometimiento en las leves de la Naturaleza", lo cual, se cree, es contrario a la moral y a la ley natu-Ahora bien: a menos que se reconozca que los barberos y los cirujanos son unos entrometidos en los procesos fisiológicos (crecimiento del cabello, integridad corporal), la aplicación de nuestra inteligencia "natural" a aumentar el bienestar humano no es necesariamente una manifestación de la maldad del hombre. Eso sin contar con que la Naturaleza misma practica en algunas ocasiones una economía un tanto inmoral. Así, p. ej., cuando una niña viene al mundo trae consigo por lo menos 70,000 óvulos germinativos, capaces de dar de sí otros tantos hijos de ambos sexos: pero, he aquí, que de todos esos óvulos no se generan sino, a lo sumo, 15 o 20 seres, sin que haya habido necesidad de apelar al fraude de la Naturaleza con procedimientos anticoncepcionistas. Los óvulos que no se fecundan, han sido, al parecer, destruídos por las inexcrutables leyes de la misma Naturaleza.

En el caso indicial de "El Pueblo de los Estados Unidos vs. Ethel Byrne" los sabios jueces señalaron austeramente, entre las muchas bendiciones de las leyes existentes, el "que en los hombres y mujeres, niños y niñas, carentes de temple moral, es el temor a ser descubiertos, el mie do al embarazo, lo que les aparta de entregarse a la fornicación"; de lo cual podría deducirse que el terror biológico es uno de los caminos que conducen a la virtud y que el fomento legal de la ignorancia es el mejor método para salvaguardar al pueblo de las aberraciones y debilidades de la carne. En cambio, la sabiduría adquirida de contrabando sirve a los propósitos de las gentes bien educadas. Las medidas legislativas actualmente en vigor han cumplido fines mny opuestos entre sí, como lo demuestra el hecho de que todos los años mueren 6.000 mujeres en toda la nación de resultas de abortos provocados voluntariamente, y otras 30,000 se convierten involnntariamente en madres de hijos ilegítimos. Tampoco resulta fácil entender la lección moral que se desprende de otro hecho: y es que también todos los años miles de bebés nacen legítimamente, pero mueren al poco tiempo con toda legalidad. Según Ray Erwin Barber, el coeficiente de mortalidad entre los niños que nacen antes de los dos años de haber habido otro parto, es 50 por ciento más alto que entre los que nacen en intervalos mayores entre los partos. Es asimismo un hecho cierto que los niños que viven en el hacinamiento y la indigencia, si no sucumben de raquitismo y de hiponutrición, son los que van después a engrosar las filas de la delincuencia infantil, del analfabetismo o de las factorías donde se explota el trabajo de la infancia. He ahí la razón por qué, en un caso visto ante el Tribunal Supremo de Massachussetts (Commonwealth vs. Allison), declaró el tribunal que los fines que se perseguían con la legislación para el control de la natalidad eran "defender la santidad del hogar y engendrar... una raza viril y virtuosa de hombres y mujeres" (!).

Otro asunto muy discutido es el de si la maternidad voluntaria conduce inevitablemente a la extinción de la especie humana. Lo que se discute, en otras palabras, es si los padres dejarán de amar a sus descendientes, tan pronto como se convenzan de que la venida de estos al mundo es una cosa voluntaria y no fortuita, accidental, cosa del destino. Pero resulta significativo que en Holanda, a pesar de que se vienen propagando las enseñanzas neomaltusianas desde hace más de cincuenta años, el coeficiente de natalidad es proporcionalmente casi el doble que en los Estados Unidos, donde los secuaces de la ideología comstockiana han podido maniobrar ad libitum y han tenido oportunidades máximas de convencer a sus conciudadanos de que deben multiplicarse.

V

Algunos seres optimistas, de ingenuo espíritu liberal, acarician vanamente la esperanza de que los tribunales de justicia acabarán algún día por anular la legislación actual sobre esta materia; y apoyan sus esperanzas en dos sentencias recientes de dos jueces que se han mostrado menos respetuosos con la mojigatería de la época victoriana que con la opinión corriente del público de hoy. Una de estas sentencias fué la emitida el año 1931, en la denuncia de un libro titulado "Anticoncepción" (The U. S. vs. one Book

entitled "Contraception") escrito por la doctora Marie C. Stopes. Dicho volumen, según la acusación, suministraba instrucciones a la profesión médica sobre la manera de organizar las clínicas para el control de la natalidad, "conteniendo además diagramas, dibujos y explicaciones en detalle sobre esta materia." El problema jurídico consistía en determinar si dicho libro, impreso en Inglaterra, podría entrar en los Estados Unidos, a pesar de la prohibición explícita en las leyes tarifarias de la importación de literatura "obscena".

El tribunal falló que podía permitírsele la entrada, pues en un tratado científico no podía existir nada indecente. Debe, no obstante, recordarse que a pesar de que el Arancel prohibe la importación de contraconceptivos, no dice nada concreto sobre la importación de literatura informativa. El caso éste no entraba dentro de los otros dos apartados del Código Federal que se refleren a la circulación por correo, o por otra vía, de la literatura clandestina. Si la sentencia del tribunal se interpreta en el sentido de que modifica la legislación actual, se daría el caso incongruente y bochornoso de que tales libros podrían pasar por las aduanas y entrar dentro de los Estados Unidos, pero legalmente no podrían salir del muelle (!).

En la segunda sentencia se ventilaba el derecho a transportar entre los distintos Estados un objeto de goma muy conocido por todo el mundo (The U. S. vs. Davis, Ohio, 1933). Demostróse ante el tribunal de una manera convincente que dicho artículo de goma "tiene una aplicación médica legítima, si se utiliza para la evitación y tratamiento de algunas enfermedades". Demostróse además que el fa-

bricante había consignado sus artículos a nombre de casas de comercio al por mayor y a farmacias dedicadas a la venta en detalle, pero no al público directamente. Según la prueba presentada, el fabricante acusado vendía todos los años unos veinte millones (20,000,000) de tales artículos. Este último hecho, por cierto, no tiene fácil explicación dentro de la teoría aducida por la defensa de que el adminículo en cuestión se le utilizaba como medio profiláctico contra las enfermedades. A pesar de todo, el tribunal declaró sin culpabilidad al acusado. poque no se había probado de que intentaba vender sus productos para que se utilizasen con fines contraconceptivos.

Ahora bien: todas estas bienintencionadas sutilezas de interpretación jurídica no conducen a la abolición definitiva de la legislación vigente y lo que hacen es ayudar a los farmacéuticos delincuentes. pues todavía sigue siendo ilícito el transporte de estas mercancías o su distribución al consumidor. A más de eso, hay que tener en cuenta que el precedente sentado por los tribunales con sus sentencias, solamente se refiere al artículo de goma de que hablábamos antes. Existen todavía incontables preparados farmacéuticos y adminículos diversos que no pueden cubrirse bajo la capa de profilácticos contra las infecciones y que, por consiguiente, no pueden circular libremente por el correo, ni por otra vía.

A pesar de que los jueces con espíritu liberal quisieran limitar la aplicación de algunas leyes ya anticuadas, no pueden sino ceñirse a la letra escrita, y tampoco tienen el poder de hacer variar en sentido contrario el espíritu legislativo que las inspiró, y declarar que los sociólogos son médicos o que la pobreza es una enfer-

medad venérea. Así, p. ej., en una apelación de un caso (The people vs. Sanger) ante los tribunales de Nueva York, el año 1918, la sentencia —treinta días de trabajo forzados— fué confirmada por los jueces, pues, según la opinión del juez Crane, secundada por los otros miembros del tribunal, incluso el juez Cardozo. con las siguientes palabras:

"Muchos de los argumentos que el apelante nos ha presentado referentes a condiciones sociales y a problemas sociológicos, son asuntos que las legislaturas y no los tribunales de justicia son las llamadas a resolver."

En otras palabras: el único camino para quitarse de encima toda esa legislación fanática e intolernte es derogándola en las asambleas legislativas. Por eso cuesta trabajo entender por qué los partidarios de la restricción de la natalidad se contentan con pedir la inserción en las leyes Federales de una excepción privilegiada en favor de los médicos y de los hospitales. Desde luego, que no se puede negar que la práctica inteligente del neomaltusianismo tendrá que ser siempre, antes que nada, un problema médico; pero de eso no se puede deducir que su conocimiento haya de permanecer siempre monopolizado por los doctores en medicina. Es evidente que el hecho de utilizar las autoridades federales de correos y darles facultades para vigilar la conducta moral de los ciudadanos es una usurpación de poderes. También es otra verdad que todos los intentos verificados hasta la fecha por las legislade los Estados \mathbf{v} por gobiernos locales para mantener la ignorancia de las gentes sobre cualquier problema, pertenecen a la misma categoría que las ridículas leyes que pusieron en vigor en Tennessee para evitar la enseñanza de las leyes de la evolución.

Puesto que los contraconceptivos han llegado a convertirse, a pesar de la ley escrita, en artículos de comercio, tan indispensables como cualquier droga o artefacto de aplicación y usos corrientes, lo más razonable parecería ser que se reconociese legalmente su existencia y se tomasen las medidas necesarias para proteger al consumidor, como sucede con otros muchos artículos de primera necesidad. Lo único en que las leyes podrían inter-

venir, debería ser en velar por que los productos que se ofrecen a la venta sean de pureza y valor reconocidos y que no se engañe al público con anuncios falaces, como ocurre ahora por causa del contrabando con que se lleva a cabo el comercio de esta clase de artículos.

Hemos observado siempre que todas las veces que se ha tratado de elevar la hipocresía al rango de la moral y de la justicia por medios coercitivos no se ha logrado nunca mejorar el estado social en que viven las gentes. (Recuérdese lo ocurrido con la Prohibición). Tampoco será posible aumentar de esa manera el respeto del pueblo por todo lo que signifique ley y orden.

R. L. trad.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Año XXVII

Mayo, 1935

Núm 5

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe:
Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador:
Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M. Suárez Dr. J. Rodríguez Pastor

Dr. Juan A. Pons

EDITORIAL

IN MEMORIAM

Dr. Pedro Gutiérrez Igaravídez

N. Agosto 24, 1871 — † Mayo 24, 1935

Raro es el mes en el año en curso que no tengamos que dedicar las páginas de este Editorial a reseñar la pérdida de algún camarada. Han desaparecido en breve tiempo Vélez López, Ruiz Arnau, Ashford, Amadeo.... Ahora le ha tocado el turno a uno de miestros más eminentes colegas, maestro ilustrísimo, personalidad prócer de nuestra profesión. cofundador y expresidente de nuestra Asociación, redactor y exdirector de nuestro Boletín, exhimio hombro do cioncia y relevante figura de nuestra sociedad, el Dr. Pedro Gutiérrez Igaravidez. Su muerte súbita, cuendo menos podía esperarse, pues estaba, al parecer, en



Dr. Pedro Gutiérrez Igaravidez

pleno disfrute de las energías físicas, nos ha sobrecogido dolorosamente. Su actuación en el escenario de mestra vida científica es de las que no se olvidan. Todos los médicos que pasamos de la treintena hemos recibido de este hombre eminente que acaba de desaparecer, no sólo enseñanzas en nuestra actuación profesional, sino guía, ayuda, consejo, ejemplos vivos de una actividad dedicada a la ciencia, con curiosidades inextinguibies para todo lo bello, y en lucha valiente e incansable por un ideal de progreso para su país.

Su noble ambición le hizo destacarse en nuestro medio ambiente y figuró como uno de los *pioneers* de los nuevos tiempos.

En la fina silueta que le dedicó el maestro Dr. Quevedo Báez en el momento del sepelio describe su vida en esta forma: "Venido a su tierra, con su título de médico, allá en las postrimerías

de la dominación española, al realizarse el suceso histórico, que marcaba rumbos distintos a nuestra suerte de pueblo, comprendió que debía prepararse para luchar con armas iguales, dentro de su profesión, y fuése a Estados Unidos, en una de cuyas universidades revalidó su título.

Le correspondió actuar en el momento más interesante para nuestra ciencia, cuyos destinos, en los albores de este siglo, iban a cambiar, descansando en las dos columnas que tanto prestigio iban a representar para los progresos médicos: el microscopio y el laboratorio.

Abríase, de esa suerte, una vía franca de avance a cuanto fuera estudio e investigación.

Y se inicia en ella con la creación de la Comisión de Anemia, que integraron los doctores Ashford, King y Gutiérrez Igaravídez, y en la que después colaboraron también los doctores González Martínez y Seín.

En 1908 nuestro amigo fenecido es nombrado Director del Servicio de "Dispensarios de Anemia" y del de Enfermedades Tropicales y Trasmisibles.

En 1912 forma parte de la Junta provisional, que se crea para regir los destinos del "Instituto de Medicina Tropical" del cual es nombrado Director.

Y es esa la que nombra, en comisión, al doctor Gutiérrez Igaravídez, para visitar las Escuelas de Medicina Tropical de Londres y Liverpool."

Fué, en unión con Ashford, González Martínez y Torregrosa, uno de los fundadores del desaparecido Instituto de Medicina Tropical, gérmen de la actual Escuela, y en él se iniciaron las investigaciones científicas que más tarde habían de recibir un cumplido desarrollo en

manos de la juventud estudiosa. Allí se comenzaron las primeras investigaciones sobre malaria, esquistosomiasis, sífilis, tuberculosis... A iniciativas de Gutiérrez Igaravídez se fundó la primer sociedad antituberculosa en Puerto Rico y se estableció el primer dispensario y sanatorio para el aislamiento de casos de esta enfermedad, colaborando con él el sabio y bueno Dr. Giuliani, malogrado en plena juventud.

No es posible repasar la historia médica de unestro país en lo que va de siglo sin que en ella figure el Dr. Pedro Gutiérrez Igaravídez. Nosotros recordamos siempre su aspecto físico de fina aristocracia —por sus venas corría sangre del Marqués de Igaravídez, uno de sus antepasados inmediatos—, su movilidad elegante, su penetrante y fijo mirar sobre su rostro marfileño y sus delicadas y magistrales maneras. Prestancia y empaque de salón académico, de un tiempo, ¡ay!. que va desapareciendo entre la balumba de la seudodemocracia en mangas de camisa de los tiempos actuales.

Al trazar Torregrosa la silueta moral del hombre desaparecido, en un jugoso artículo publicado en la Revista de Puerto Rico, destaca acertadamente ciertos rasgos intimos de su carácter, ilustrados con algunas anécdotas de su vida: sinceridad para consigo mismo y para sus semejantes, benevolencia en el compañerismo, jovialidad, ironía, optimismo incurable.... Todas esas cualidades, v aún algunas otras no mencionadas por el colega Torregrosa, matizaban su varia y múltiple personalidad. ¿Qué decir de su estilo literario, de línea sinnosa y envolvente, que se manifestaba tanto en la exposición literaria cuanto en sus cartas particulares y oficiales? XY sus entu-

siasmos de mozo por la literatura, sus lecturas de autores italianos modernos y sus preocupaciones por la metapsíquica del Dr. Richet, hace algunos años, como si estuviese ovendo el rumor de las sombras del lado alla de la ribera oscura? Le hemos oído en la intimidad recitar versos propios de sus tiempos de estudiante en Cádiz, poemas anacreónticos al amor v a los vinos andaluces; le hemos visto vibrar de emoción romántica contando reminiscencias de su vida pasada; le hemos contemplado lanzarse al ataque ante cualquier insinuación malévola o que creyera injusta, pero siempre en los límites de una corrección suprema, "sin perder la línea" y sin abandonar el guante blanco de caballero. Y era que Gutiérrez Igaravídez, poseía ante todo estilo: estilo que le venía heredado de su rancia estirpe aristocrática y de su educación refinada. Todo eso que representaba nuestro compañero no existe ya. Le decimos adiós con una gran pena. La ciencia médica de Puerto Rico pierde un hombre eminente, un gran tisiólogo; pero nuestra sociedad pierde una de las personalidades más altas y representativas.

La Asociación Médica de Puerto Rico consigna en esta página su dolor y se asocia al de sus familiares, esperando que la ocasión le depare el momento de iniciar un homenaje que perpetúe la memoria de este dignísimo compañero para que los hombres que vengan detrás de nosotros le recuerden siempre con cariño, respeto y admiración.

R. L.

Suministra el "RESIDUO" necesario para una eliminación apropiada



personas tratan hoy día de eliminar de la dieta los alimentos que dejan "residuo". A esta costumbre pueden atri-buirse la mayoría de los casos de es- el salvado. treñimiento.

En el tratamiento médico de este estado patológico sue-

le suministrarse el residuo necesario para la

La mayoría de las Las pruebas de laboratorio demuestran que esta manera de proceder suele ser eficaz en la mayoría de los casos de estreñimiento. Las raras veces que este tratamiento fracasa se ha podido comprobar que ello se debe a la incapacidad del enfermo para tolerar una cantidad suficiente del residuo alimenticio contenido en las frutas, en los vegetales o en

El Kellogg's ALL-BRAN tiene un sabor delicioso que resulta agradable al enfermo. Puede servirse adicionándolo a la leche o crema. Un paquete tamaño corriente será eliminación con la prescripción de salvado. envíado gratis al médico que lo solicite.

Kellogg's ALL-BRAN

Representantes:

B. FERNANDEZ & HERMANOS SUCRS..

Apartado 365 San Juan, P. R.



Granos

200

Un grano doloroso es una de las más desagradables condiciones de poca importancia que el médico, en el ejercicio de su profesión, es llamado a atender. Son dolorosos para el paciente y con frecuencia es difícil proporcionar alivio inmediato.

La opinión de la ciencia moderna no favorece el uso de la lanceta — en dichas circunstancias es cuando **Numotizine** demostrará ser de gran ayuda.

Numotizine no solamente proporciona comodidad al enfermo. Esta Super-Cataplasma es de un notable efecto analgésico. Sus resultados son también antisépticos y descongestivos.



Numotizine es diferente a la cataplasma ordinaria gracias a sus ingredientes médicos—guayacol y creosota. No es solamente antiflogística, sino también analgésica y antiséptica.

Cuando se aplica en condiciones tales como las que presenta un grano doloroso, reduce la hinchazón, hace que la lesión se "madure" más rápidamente y reduce las posibilidades de que la infección se extienda.

Sería placentero para nosotros facilitarle una muestra para que la someta usted a experimentos clínicos. ¿Nos lo permite usted?

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St. Chicago, U.S.A.

Robert & Santini,
Distribuidores

Avenida Ponce de León San Juan, Puerto Rico.

Rob	ert	E	Santi	ini,	
Ave	nida	a P	once	de	León
San	Jua	ın,	Puer	to	Rico

Sí	rvanse	enviari	ne	muestras	de	Numotizine
ara	experi	mentos	clíi	nicos.		

Dept.P.R.5

Nombre _______
Dirección _______
Ciudad ______ Estado ______



KAOMIN LILLY

Para el Tratamiento de los Desórdenes Gastrointestinales

0

Bismuto, el Caolín y el Hidróxido de Magnesio en un medio mucilaginoso. Está tan finamente subdividido que se diluye inmediatamente y suspende en el acto cuando se pone en agua. Esto hace posible que el enfermo tome toda la dosis. The presenta en envases de 113 Gmo. (4 oz.) y de 450 Gmo. (una libra).



ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

FABRICANTES DE PRODUCTOS MEDICINALES DESDE 1876



BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

INDICE

	Págin
La Vacunación contra la Tuberculosis, P. Morales	
Otero, M. D., San Juan, P. R	137
El Bacilo de la Tuberculosis, O. Costa Mandry,	
M. D., San Juan, P. R	145
La Clase Médica y los Planes Rehabilitadores, R.	
Lavandero, (M. D., San Juan, P. R	156
Necrología	163
EDITORIAL	165

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

PRESCRIBE

COLE'S ANTERI-COLE

ANTERIOR PITUITARY SEX HORMONE

(1 c. c. represents 100 mouse units)
PHYSIOLOGICALLY STANDARDIZED

It is extracted from fresh anterior pituitary tissue and not from the urine of pregnant women, amniotic fluid or from placentae.

In contrast to many similar preparations, Anteri-Cole is more stable; it will retain its potency from 6 to 9 months.

COLE CHEMICAL COMPANY St. Louis, U. S. A.

QUALITY PHARMACEUTICALS
ENRIQUE VELEZ POSADA—Edificio Ochoa 421—Apartado 1018—San Juan

EL SALVADO corrige el estreñimiento ordinario ...y es muy rico en Sales de Hierro.

Las personas de vida sedentaria no sienten la necesidad de ingerir grandos cantidades de alimentos. Por lo tanto, instintivamente, se procuran alimentos delicados y concentrados—lo que como consecuencia les produce estreñimiento. El modo de corregir este estado patológico es suministrando el residuo de que carece su dieta, y ello se consigue fácilmente usando el salvado en la alimentación.

En el Kellogg's ALL-BRAN el residuo se hace más suave digerible y de sabor agradable por medio de procedimientos especiales usados en su cocimiento, tostado y condimentación. Cuando penetra el aparato digestivo absorbe allí una gran cantidad de agua, formando una masa suave que limpia los intestinos de desperdicios sin ocasionar trastorno alguno.

El Kellogg's All-Bran es saboreado hata por los pacientes más refinados. Servido con leche fría o crema es delicioso.

Un paquete de tamaño corriente será enviado gratis al médico que lo solicite.



Kelleyg's ALL-BRAN

Representantes:

B. FERNANDEZ & HERMANOS SUCRS..

Apartado 365 - San Juan, P. R.

VIANOIDES PARA LAS HEMORROIDES

LA FORMULA es bien equilibrada. Proporciona un efecto analgésico, descongestivo y astringente. Uno de sus detalles característicos es que contiene efedrina — sustancia que reduce la hiperemia.

La composición y consistencia de su base especial de manteca de cacao asegura pronto derretimiento después de la inserción—efecto rápido. Su forma especial de 'torpedo' asegura fácil retención en el conducto anal — efecto prolongado.

DE FACIL RETENCION DE FACIL INSERCION

Anatómicamente Correctos

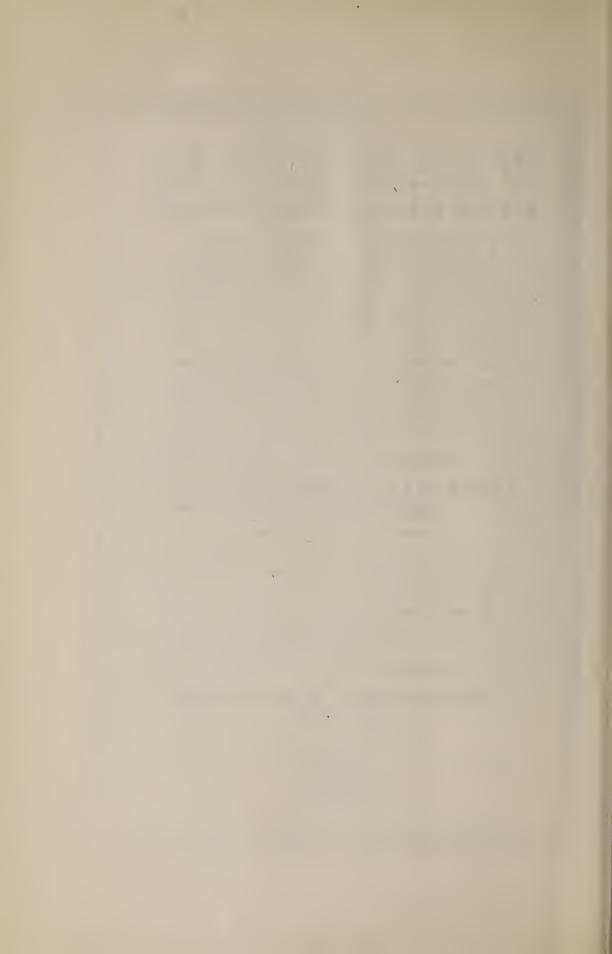
Los VIANOIDES proporcionan el tratamiento local de las hemorroides inflamadas, dolorosas y sangrantes.

Alivian el dolor, calman la inflamación, y estimulan la desinflamación postoperatoria. Son analgésicos, antisépticos y astringentes. No contienen opio ni otros narcóticos.

JOHN WYETH & BROTHER

Incorporated
Philadelphia, E. U. de A.





BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

JUNIO, 1935

Núm. 6.

LA VACUNACION CONTRA LA TUBERCULOSIS*

P. MORALES OTERO, M. D.

Del Departamento de Bacteriología de la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Puerto Rico.

Es generalmente admitido por todos los tisiólogos la existencia de una inmunidad activa en la tuberculosis. La frecuencia con que aparecen por primera vez lesiones activas de tuberculosis eu la mesa de autopsia, la resistencia para la enfermedad del habitante de las ciudades en contraste con la mayor susceptibilidad de su congénere, el hombre de la campiña, y la curabilidad de las tuberculosis quirúrgicas son hechos, todos, que indican la existencia de un mecanismo de inmunidad activa en esta enfermedad. En el terreno experimental, el fenómeno de Koch nos indica así mismo la manera cómo el animal infectado y con supuesta inmunidad parcial, reacciona contra una reinfección; y, por otra parte, la presencia de anticuerpos en el suero de los animales inféctados nos demuestra de un modo evidente que existe en ellos una verdadera inmunidad en proceso de desarrollo.

Siguiendo el hilo de estas observaciones, hánse realizado multitud de experimentos con el definido propósito de tratar de aumentar la resistencia de animales sanos hacia la enfermedad. La mayor parte de estos intentos experimentales se han reducido a inyectar bacilos tuberculosos o sus productos metabólicos, más o menos modificados. Se inyectan los bacilos después de esterilizarlos al calor, consiguiéndose con ello provocar en el animal de laboratorio una inmunidad definida, aunque uo absoluta, pero no hasta tal punto que satisfaga la aspiración de orden profiláctico perseguida.

Otras investigaciones han consistido en fraccionar el organismo en sus distintos componentes químicos, para tratar de averiguar cuál de éstos constituyentes es el antígeno específico y cuál tiene mayor poder inmunizante. La substancia lipoide que cubre el bacilo no tiene ningún valor antigénico; la fracción proteica, aunque antigénica, no ha dado resultados satisfactorios como substancia de verdadero poder inmunizante.

Numerosos investigadores han intenta do modificar la toxicidad de los bacilos muertos tratándolos con diferentes substancias: cloro, flúor. neurina, colina, nrea, glicerina, galactosa, ácido láctico. cloral, o, también, sometiéndolos a la acción de los rayos nitravioleta, o sometiéndolos previamente a la digestión con fermentos proteolíticos, o sensibilizando los cuerpos bacilares con inmunosuero.

En general, puede decirse que, de todos los procedimientos empleados, los más

Conferencia dictada en el salón de actos del Sanatorio Antituberculoso de Río Piedras la noche de Junio 14, 1935.

eficaces parecen ser los que menos modifican la estructura bacilar. De ahí que se haya preferido el virus vivo atenuado (verdadero método pasteuriano) a la invección de bacilos muertos. Uno de los experimentos más antiguos y más importantes, siguiendo esta línea de investigación, fué el de la Comisión Veterinaria francesa, dirigida por Rossignol y Vallée, en la cual se utilizó la bovo-vacuna de Von Behring. El método consistía en inocular intravenosamente cultivos humanos, previamente desecados al vacío, a terneras sanas que, a los tres meses de vacunadas, eran sometidas a diferentes pruebas de inmunidad. El experimento demostró la posibilidad de vacunar animales de raza bovina con el bacilo humano, resultando la raza bacilar humana atenuada, prácticamente innocua para estos animales, a los que confería una inmunidad bastante efectiva. Desgraciadamente esta reacción inmunizadora resultó sólo aparente, de carácter transitorio y de corta duración, desapareciendo casi siempre a los tres meses de vacunado el animal. A este método puede también objetársele que los animales después de vacunados suelen eliminar bacilos humanos en sus secreciones, y, por consiguiente, no es un método aconsejable, pues resulta peligroso emplearlo en las lecherías. Un punto de importancia comprobado en estos experimentos, es que la resistencia a las infecciones tuberculosas subsiguientes a la vacunación, persiste a pesar de que el organismo del animal no destruye los bacilos. Estos no invaden los tejidos y no producen las lesiones patológicas típicas, manteniéndose, sin embargo, vivos y potentes, localizados en los ganglios linfáticos. Los bacilos tuberculosos virulentos continúan viviendo en estado latente en los tejidos del animal inmune mientras dura la inmunidad; pero, una vez que ésta desaparece se tornan virulentos y capaces de producir lesiones tuberculosas características en el seno de los tejidos.

Según parece, para conseguir una inmunización activa contra la tuberculosis, ya sea ésta natural o artificial, es necesario la existencia previa de lesiones tuberculosas bacilares en el organismo. Esta inmunidad así conseguida se pierde al desaparecer los bacilos o las lesiones bacilíferas. Teniendo presente estos hechos y guiado lógicamente por estas ideas, el sabio francés Calmette concibió una vacuna que pudiera ser ingerida por las vías naturales y que pudiera a la vez persistir en el organismo humano por un período largo de tiempo, produciendo así una inmunidad prolongada. El organismo bacilar que se utilizase debería ser resistente a los fagocitos, pero incapaz de producir lesiones típicas en los tejidos.

Después de una árdua y trabajosa labor de ensayos y tanteos, Calmette y Guerin descubrieron una variedad del tipo bovino que, habiendo sido cultivada durante un tiempo dilatado en presencia de bilis, había logrado perder su virulencia. A este organismo se le denominó en abreviatura B. C. G. (bacilo Calmette-Guerin) en honor a sus descubridores. Demostraron estos investigadores que un toro sucumbe en menos de un mes a la inyección de 3 mg, del cultivo de bacilos tuberculosos bovinos por la vía intravenosa; sin embargo, 100 mg. del cultivo de B. C. G. por la misma vía sólo produce un período febril que dura de 15 a 20 días. Los animales tratados de este modo desarrollan una resistencia marcada a las inoculaciones subsiguientes de bacilos virulentos. Siguiendo el mismo método de vacunación se ha logrado producir una inmunidad relativa en los conejillos de Indias. Si a estos animales se les sacrifica durante el período febril, pueden recobrarse los bacilos en las glándulas linfáticas y en otros órganos, pero no se encuentran lesiones típicas de tuberculosis. La fagocitosis de estas bacterias por el histiocito parece ser un proceso activo. Una vez vacunados, estos animales resisten bien las inoculaciones con bacilos virulentos, en tanto que los animales utilizados como testigos, que no han sido vacunados, sucumben rápidamente a la enfermedad.

Wilbert en 1925 vacunó 19 orangutanes con B. C. G.: 4 por ingestión y 15 intravenosamente. Pusieron entonces veinte animales inoculados artificialmente con tuberculosis a convivir con los vacunados y otros 20 animales sanos que se utilizaron como testigos. En un período de 19 meses, todos los testigos y todos los animales infectados habían fallecido: 38 de ellos de tuberculosis y 2 de otras infecciones. De los 19 animales vacunados con B. C. G., 6 permanecían vivos y en aparente buena salud y el resto había muerto de accidentes casuales o de otras Ninguno de estos animales infecciones. presentaba lesiones tuberculosas. fiths (1931) repitió los experimentos de Wilbert y demostró que el B. C. G. no produce lesiones progresivas en el mono, v que el bacilo se absorbe con facilidad por el canal gastrointestinal; sin embargo, no pudo comprobar la inmunidad de los animales vacunados, aunque bien es verdad que su resistencia era mayor que la de los animales utilizados en la contraprueba.

En julio de 1921 empezó Calmette a

inmunizar niños recién nacidos, por la vía oral. El primer experimento demostró que un bebé de 3 días de nacido toleró bien tres dosis sucesivas de 2 mg. de la citada yacuna. En 1922 yacunó Calmette 217 recién nacidos con resultados igualmente satisfactorios, y en 1926 comunicó los resultados obtenidos en 5,183 vacunaciones, habiendo observado que en los niños vacunados, de 6 a 18 meses de edad, la mortalidad por tuberculosis alcanzó solamente al 0.8%. Calmette había recomendado únicamente hasta este momento el empleo de la vacuna en los hijos de madres tuberculosas o en los niños expuestos al contagio directo de la infección; de aquí en adelante abandonó esta regla y empezó a suministrar la vacuna a todos los médicos que desearan utilizarla.

La comunicación publicada por Calmette y sus colaboradores en el año 1928 presenta una estadística de 50,000 vacunaciones, de las cuales, 3,808 fueron practicadas a sujetos que vivían en contacto con enfermos tuberculosos después de un año de haber sido vacunados. Ocurrieron 118 defunciones (3.1%) de las cuales 34 (0.9%) se debieron a la tuberculosis. Los hechos presentados en esta comunicación fueron criticados severamente. pues la mayor parte de los casos no habían sido observados durante mucho tiempo, y, además, por la falta, realmente imperdonable, de no haber utilizado un número de testigos sin vacunar para poder establecer una comparación y un cotejo minucioso entre unos y otros grupos.

Contestando estas objeciones, en 1930, publicó Calmette unos datos estadísticos referentes a 210,000 vacunaciones con los resultados siguientes:

De 4,718 niños vacunados, murieron 194, o sea, el 4.1%.

De 22,763 niños no vacunados, murieron 2,037, o sea, el 9.0%.

De 27,481 habitantes, murieron 2,231, o sea, el 8.1%.

Como se verá por estos datos, la mortalidad descendió de 8.1% y 9% de mortalidad general e infantil entre niños no vacunados, a 4.1% entre el grupo vacunado. Contra esto han argumentado algunos, que el descenso de la mortalidad entre el grupo de niños vacunados pudo deberse a otros factores ajenos a la vacunación misma (mejores condiciones higiénicas, observación más cuidadosa y mejor conocimiento y mayores precauciones para preservar la salud, etc.), y observan que Calmette mismo señala (1928) el descenso de la mortalidad general (mortalidad por otras causas ajenas a la tuberculosis) en los grupos vacunados. Esta observación es tan juiciosa y atinada que el investigador francés tuvo entonces que formular la teoría de que el mecanismo linfofagocitósico del canal intestinal se ve estimulado por la vacuna de tal suerte que adquiere un vigor y potencia sorprendentes contra cualquier invasión bacteriana.

No hay duda que factores extrínsecos, ajenos a la vacunación, juegan, en todo el proceso, un papel importante; pero no podemos, a base de estos datos solamente, negar el poder inmunizante de la vacuna. En otros experimentos más cuidadosos y mejor controlados, como los llevados a cabo por Kerasturi y Park, la reducción de la mortalidad se debió, en su mayor parte, al descenso en el número de defunciones realmente ocasionadas por la tuberculosis.

Inoculación por Vía Digestiva.—Ha habido gran discrepancia en cuanto a la eficacia de la inoculación por vía oral. Se ha dicho que, en muchas ocasiones, el cultivo bacilar se elimina por el vómito y, en otras, se ha podido comprobar que los bacilos salen en grandes cantidades en las heces fecales. De manera, pues, que la dosificación es muy variable y no se ha llegado aún a fijarla de un modo definitivo. Se ha puesto en duda el hecho de que los bacilos lleguen a invadir la mucosa intestinal; sin embargo, no hay duda alguna que penetran en ella y se localizan después en los tejidos linfá-El 30% de los infantes vacunados por este método, y aislados de posibles contaminaciones externas, han reaccionado positivamente a la tuberculina (Chaussinard). En ciertos casos en que la muerte ha sido ocasionada por alguna otra causa ajena a la tuberculosis, los organismos (B. C. G.) han podido aislarse en los ganglios linfáticos abdominales. Calmette ha recobrado los bacilos en los ganglios de infantes que habían sido inoculados seis meses antes. El considera que la permeabilidad del intestino es mayor durante los primeros diez días del nacimiento y, por el contrario, es casi nula después de los cincuenta.

Inoculación Subcutánea.—En vista de las limitaciones y de la imposibilidad de contrastar exactamente la dosis administrada por vía oral, se ha tratado de practicar la inoculación por medio de inyecciones subcutáneas o intradérmicas. La dosis, en este caso, debe ser menos de .1 de mgm. Las dosis mayores dan siempre lugar a la formación de abscesos fríos o de infiltraciones, que tienden a necrosarse, en el sitio donde se ha practicado la inoculación. El número de casos inocu-

lados por esta vía no es, hasta la fecha, lo suficientemente grande que permita llegar a conclusiones definitivas sobre la bondad de este método; sin embargo, los informes que tenemos a la vista demuestran que el número de niños que dan tuberculinorreacciones positivas con este procedimiento es mucho mayor que por la inoculación por vía digestiva. Calmette condena el empleo del B. C. G. en los sujetos de edad adulta que havan podido sufrir con anterioridad infecciones tuberculosas, porque existe el temor a que se presenten reacciones de Koch. Teóricamente, en todas las personas que no reaccionen a la tuberculina, puede usarse sin riesgo la vacuna B. C. G. Lo. ideal sería poder vacunar los individuos pertenecientes a las razas más primitivas-o, mejor, habitantes de centros poco civilizados-que no están ni han estado expuestos al diario contacto con la infección como lo estamos nosotros; razas que poseen una resistencia muy baja a la enfermedad y cuya mortalidad por esta cansa, cuando se infectan, suele ser muy alta. Este método se ha puesto en práctica en Indochina, en Madagascar y en el Senegal, entre los naturales de cstos países que están expuestos a la contaminación de la enfermedad.

Heinbeck (1928-29) ha utilizado el procedimiento entre las enfermeras de un Sanatorio en Noruega, donde existían grandes oportunidades de contagio, y pudo observar que en 185 enfermeras que al entrar a trabajar en dicho establecimiento no reaccionaban a la prueba de Von Pirquet, la contracción de la tuberculosis alcanzó la enorme cifra de 28%, mientras que entre otro grupo que reaccionaba positivamente a la misma prueba cuando entró, solamente el 0.9%

contrajo la enfermedad. Ideó entonces vacunar a todas las enfermeras que al ingresar en el Sanatorio daban tuberculinorreacciones negativas. De 136 enfermeras así vacunadas, 3 padecieron de tuberculosis, mientras de 34 que no quisieron prestarse a la vacunación, 14 desarrollaron la enfermedad. Heinbeck ha reducido la dosis de la inoculación a .025 mg. por temor a la formación de abscesos.

Innocuidad del B. C. G.-Revisando la gran cantidad de labor llevada a cabo para probar la innocuidad del B. C. G., podemos afirmar sin temor a equivocarnos que, salvo tres o cuatro excepciones. la mayoría de las comunicaciones publicadas llegan a la conclusión de que el B. C. G. es inofensivo para los animales y para los seres humanos. Lo más que ha podido llegar a demostrarse respecto a su nocividad, es que las dosis grandes, administradas a animales, producen una reacción local de tipo tuberculoso, que tiende a progresar y a invadir los ganglios advacentes. Por lo regular, estas lesiones, después de algún tiempo, disminuyen de extensión y desaparecen sin depar rastro. En contraste con la unanimidad de criterio de la mayoría de los autores, hay otros como Nobel, Gerlach, Korschum, Dwykow, Gorochownikowa y Ligniers, que ha aventurado la opinión de que el B. C. G. aumenta su virulencia en ciertas condiciones excepcionales. hallazgos más discutidos han sido los de Petroff, el cual presenta el problema desde el punto de vista de la disociación microbiana. Según este autor, la vacuna de Calmette se compone, en su mayor parte, de variedades del tipo bacilar R que es avirulento; sin embargo, si se siembra el organismo en el medio de violeta de genciana, da lugar al desarrollo de dos tipos de colonia: una del tipo R v otra del S, que es virulento. Dreyer y Vollum (Lancet, 1931, 1-13) han repetido los experimentos de Petroff y aseguran haber confirmado sus hallazgos en todas sus partes. En cambio, otros autores que han estudiado los cultivos del tipo "S" (de Petroff) dicen que éste pertenece al tipo humano y que no puede constituir una variedad del B. C. G. que está clasificado como del tipo bovino. En experimentos llevados a cabo en la Escuela de Medicina Tropical con cultivos de B. C. G., utilizando los métodos de Meddler y de Petroff, no fué posible aumentar la virulencia de los cultivos, a pesar de que se observaron las formas de transición S y R.

Según la opinión de Kolle y Hetsch (1935), los cultivos de B. C. G. demuestran poseer distintos grados de virulencia, a juzgar por las comprobaciones a que ha sido sometido en distintos institutos científicos del mundo, y debe, por tal motivo, ejercerse la más cuidadosa vigilancia y prestársele la máxima atención al contraste seguro de su virulencia, fiscalizándola concienzudamente, cuando se trate de vacunar animales de laboratorio, y sobre todo, de una manera especialísima, cuando se pretenda utilizarlo para la vacunación de seres humanos.

Comportamiento del Organismo en el Cuerpo Humano.—Creen Medin, Kraus, Von Pirquet y Lowenstein que es muy posible que el B. C. G. recobre en determinadas circunstancias su virulencia después de ser inoculado, lo cual pudiera constituir un gran peligro en los casos en que se ha intentado la vacunación en gran escala; sin embargo, hasta la fecha no aparece dato alguno en la documen-

tación de las inoculaciones ya practicadas que demuestre lo más mínimo sobre esta supuesta regresión virulenta del microorganismo.

Son interesantes a este respecto las observaciones de Zeyland y Zeyland. Piasecka sobre cincuenta autopsias completas en niños previamente vacunados por la vía oral. Estos autores estudian cuidadosamente el aspecto anatomopatológico y verifican además cultivos e inoculaciones, con material procedente de los cadáveres de los niños autopsiados, a animales susceptibles a la enfermedad. Cuando encontraban bacilos ácidorresistentes los cultivaban en patata glicerinada y los reinoculaban a animales susceptibles. Todos los niños autopsiados habían sido vacunados en los primeros 10 días de nacidos y las cdades de todos, a la fecha de la muerte, fueron siempre inferiores a un año. Sólo en un niño, de los 50 autopsiados, se descubrieron lesiones tuberculosas progresivas. En 10 casos se aisló un cultivo puro de B. C. G. en los ganglios mesentéricos y en las amígdalas; lo que demuestra que pasan a través del canal intestinal v se mantienen viables por algún tiempo. En ningún caso el bacilo demostró alteración alguna en su virulencia. En el caso con tuberculosis progresiva, los autores no pudieron aislar el organismo y llegaron a la conclusión de que se trataba de unas lesiones preexistentes, modificadas, tal vez, por la vacunación.

Duración de la Inmunidad.—Entre el vulgo profano y entre algunos profesionales parece muy extendida la creencia de que la resistencia producida por la vacunación con B. C. G. es absoluta y de larga duración. Ello es un error; la inmunidad conferida por la vacunación es

relativa, y el tiempo que dura dicha resistencia contra las infecciones subsiguientes ha sido fijado en 18 meses por el propio Calmette; mientras algunos autores como Griffith alegan que sólo persiste durante seis meses.

Los trabajos experimentales practicados con terneras, llevados a cabo por este último autor, publicados en 1935, demuestran que estos animales, una vez vacunados, son completamente refractarios a la infección, cuya inmunidad persiste hasta seis meses después de la vacunación; de aquí en adelante contraen la enfermedad, aunque en menor número y con menor intensidad que en los animales testigos. El autor vacunó por segunda vez un número de terneras y lo comparó con otro número de terneras vacunadas una sola vez y con un grupo testigo, y llegó a la conclusión de que la segunda vacunación no produce la resistencia que la primera.

B. C. G. en Puerto Rico.-En el año 1927 mi querido amigo, el extinto e ilustre compañero y maestro, doctor Pedro Gutiérrez Igaravídez, en magistral conferencia dictada en los salones del Ateneo de Puerto Rico, dió a conocer al país la labor del Dr. Calmette. difundió en Puerto Rico la pródiga simiente, brindando a todos oportunidad de cultivarla. El Dr. Ortiz, entonces Comisionado de Sanidad, a doude acudió el Dr. Gutiérrez, ofreció todo lo necesario para comenzar las investigaciones en el país, y se asignó un sitio especial en el Laboratorio Biológico donde el Dr. Giulliani, en colaboración con el Dr. Gutiérrez, habría de iniciar las investigaciones.

Veamos ahora cómo llegó el B. C. G. a Puerto Rico. Copiamos de una confe-

rencia del Dr. Giulliani: "El día 8 de agosto del año pasado (1927), el Dr. Gutiérrez nos sorprendió agradablemente al mostrarnos un tubo procedente del Instituto de Pasteur de París v acompañado de una atenta carta del Profesor Calmette, en que éste mostraba sus deseos de que la labor emprendida en Francia se continuara por todos los países." El día diez de ese mismo mes, el Dr. Gutiérrez hace entrega del cultivo al Laboratorio Biológico y en una libreta de trabajo, de su puño y letra, escribe lo que sigue: "El lunes ocho de agosto, 1927, en paquete certificado llegó a San Juan el tubo de cultivo B. C. G. sembrado el 2/7/1927 en el Instituto Pasteur. Se entrega al Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad el 10 de agosto. No habiendo medios de cultivo para resembrar, se deja el tubo a la temperatura ordinaria. Desde ese día se comienzan por el Dr. Giulliani las preparaciones de los medios propios para resiembras". En el resto de la conferencia relata Giulliani sus experiencias con el cultivo y cómo consiguió cultivar cinco razas distintas y comenzar sus inoculaciones experimentales.

En 1928 abandoné yo mi puesto en el Laboratorio Biológico y poco después murió el compañero Giulliani. No habiendo quién continuara la labor de este último, desaparecieron los cultivos. Más tarde, en 1931, estando en la ciudad de Nueva York, me interesé en el estudio de la vacunación por este método. Visité los laboratorios del Departamento de Sanidad de la ciudad, donde se prepara la vacuna. Luego estuve un mes con la doctora Kerasturi y el Dr. Bella Schick, frecuentando las distintas instituciones donde ellos trabajan. Más tarde fuí a

Filadelfia, donde Aronson y Opie tienen también bajo observación un grupo de vacunados.

De regreso a la Isla me encontré con que había un proyecto conjunto del Departamento de Sanidad y la Escuela de Medicina Tropical para investigar las posibilidades de la vacunación en Puerto Rico.

A mi juicio, y según mi modesta opinión, para dar comienzo a la labor en pequeña escala y como vía de estudio y observación, debería primeramente establecerse un pequeño hospital de maternidad para madres tuberculosas. Una vez nacido un niño sería vacunado y separado de la madre por seis semanas; luego se le entregaría a la autora de sus días.

Antes de hacer esto se creyó conveniente iniciar la vacunación en animales experimentales y las investigaciones epidemiológicas que se llevaron a cabo en Cataño y Adjuntas.

A gestiones del doctor Gutiérrez Igaravídez, la Legislatura de Puerto Rico aprobó una ley en 1931, creando fondos y autorizando la vacunación en Puerto Rico; pero la ley fué vedada por el entonces gobernador Teodoro Roosevelt. La actitud del gobierno fué no reconocer oficialmente el método mientras la labor experimental antes mencionada justificase su aplicación.

En el Departamento de Bacteriología de la Escuela de Medicina Tropical se ha estado trabajando por espacio de cuatro años en los distintos problemas que presenta el B. C. G. desde el punto de vista del laboratorio. Los de más interés, a nuestro juicio, son los que se refieren a la pretendida inmunidad que parece conferir este organismo a los seres vacunados con él. Problemas, en ver-

dad interesantes, que, algún día, cuando hayamos completado nuestras investigaciones, habremos de dar a conocer exponiéndolas con la extensión que se merecen. Si todavía no se ha dicho aún la última palabra en este asunto tan complicado, es indudable que el camino emprendido para su solución habrá de llegar a algún sitio que nos permita aclarar las brumas que lo envuelven y en el cual está concentrado hoy día el interés del mundo científico.

BIBLIOGRAFIA

Calmette: (1928) Presse Medicale, II:1409. Calmette-Guerin: (1928) Et al Annales de

l'Institut Pasteur, XLII:1; (1926) XL:574.

Wilbert: (1925) Annal. l'Inst. Pasteur, XXXIX: 641.

Griffiths: (1913) Jour. Path & Bact., XVII; 323.

Kerasturi y Park: (1929) Annal. de l'Inst. Pasteur, XLIII:819.

Chaussinand: (1930) Annal de l'Inst. Pasteur, XLIV:450.

Heinbeck: (1928-29) Annal. de l'Inst. Pasteur, XLII:70; XLIII:1229.

Nobel: (1928) Wein Klin. Woch., XLI:1621. Gerlach: (1928) Wein. Klin. Woch., XLI:1623.

Korschum, Swykow y Gorochowikowa: (1929) Central. f. Bakt. Abt. I Orig., CXI:297.

Petroff: (1930) Jour. Exper. Med., LI:831.

Dreyer y Vollum: (1931) Lancet, 1-13.

Kolle y Hetsch: (1935) Exp. Bact., McMillan.

Vol. II, página 62.

Kraus: Handbuch Path. Microorg., 3rd. ed. 1928-5.

Lowenstein: Handbuch Path. Microorg. 3rd. ed. 5-1928.

Zeyland y Zeyland-Piasecka: (1929) Annal. de l'Inst. Pasteur, XLIII:1002.

Griffith: (1935) Lancet, Vol. 1-451.

Gutiérrez Igaravidez, P.: (1927) Bol. Asoc. Méd. P. R., Núm. 157 y 158.

Giulliani S: (1929) Núm. 173, página 1, Bol. Asoc. Méd, P. R

EL BACILO DE LA TUBERCULOSIS*

O. COSTA MANDRY, M. D.,

Director de los Laboratorios Biológicos del Departamento de Sanidad de Puerto Rico.

Trataremos en este trabajo exclusivamente del Bacilo de la Tuberculosis o Bacilo de Koch, clasificado con el nombre latino de mycobacterium tuberculosis, agente causal de una de las dolencias más extendidas sobre el planeta y una de las que más ha padecido la humanidad en todos los tiempos.

Desde el punto de vista de la bacteriología se acostumbra-por la ciencia médica inglesa, principalmente-a definir la tuberculosis como un granuloma de crecimiento lento, producido por un micobacterium que ataca a los seres humanos y a los animales domésticos y salvajes. Las bacterias pertenecientes al género micobacterium son, por lo general, unos minúsculos bastoncillos de extremos más o menos redondeados, que se tiñen con cierta dificultad, pero que, una vez teñidos, se tornan acidófilos. Estos bastoncillos aparecen en ocasiones engrosados y en forma de maza o cuña, o bien astillados y ramificados, uniéndose unos con otros en diferentes ángulos. Son bacterias aeróbicas, desprovistas de motilidad. carecen de endosporos, vegetan con dificultad en los medios de cultivo ordinarios y se comportan como Grampositivas.

Los organismos pertenecientes al género micobacterium se dividen en dos grandes grupos.

1.—Bacilos patógenos, en el que están

comprendidas dos subdivisiones: las que atacau a los animales de sangre caliente y las patógenas para los de sangre fría.

- A.—Bacilos patógenos de los animales de sangre caliente.
 - 1. El mycobacterium tuberculosis hominis.
 - 2. El mycobacterium tuberculosis bovis.
 - 3. El mycobacterium tuberculosis avium.
 - 1. El mycobacterium leprae, o B. de Hansen.
 - 5. El mycobacterium leprae murium, (lepra de los múridos).
 - El mycobacterium paratuberculosis o B. de Johne (agente causal de cierta enteritis crónica del ganado vacuno y lanar)
 - El mycobacterium Olchanestcky (encontrado en ciertos abcesos de las ratas).
- B.—De los animales de sangre fría, en cuyo grupo se comprenden cuatro familias.
 - 1. El micobacterium piscium (de los peces).
 - El micobacterium ranae (de los batracios).
- 3. El micobacterium tropidonatum (de los ofídios.
- 4. El micobacterium chelonei, o B. de Friedman (de los kelónidos).
- 2.—Bacilos saprofíticos no patógenos, entre los que se comprenden siete subgrupos.
 - 1. El micobacterium smegmatis, abundante en el esmegma genital del hombre y de algunos animales.
 - Los mycobacterium butyricum, rubrum pertinctum, berolinensis, lacticola y friburgensis, encontrados en la manteca de la leche.
 - 3. El mycobacterium stercusis (del estiércol).
 - 4. El mycobacterium phlei (B. de Timothee) encontrado en el heno.

Conferencia pronunciada el 24 de mayo de 1935 en la reunión semanal del Cuerpo Facultativo del Hospital Insular de Tuberculosis en Río Piedras, P. R.

- El mycobacterium gráminis, encontrado en los cereales, granos y semillas.
- El mycobacterium alluviatum, encontrado en la tierra.
- El mycobacterium pseudoperlsucht, que se encuentra a veces en ciertos nódulos de apariencia tuberculosa en el ganado.

Pasemos ahora a hacer un recorrido sobre el tema objeto de estudio, el cual dividiremos en tres partes. I. Breve ojeada histórica del descubrimiento del agente etiológico de la tuberculosis. II. Resumen sintético de sus características. III. Procedimientos de investigación bacteriológica, actualmente en práctica. para demostrar su presencia.

I. OJEADA HISTORICA

Conócese la existencia de la tisis en la humanidad desde las más remotas épocas de su historia. Desde hace unos dos mil años todos los médicos del mundo han considerado siempre esta enfermedad como contagiosa, pero hasta época bien reciente este hecho no se pudo demostrar de una manera científica. Antes de la Era Cristiana, Hipócrates creyó que la tisis era producida por un defecto constitucional del organismo humano, y él fué el primero que creó el concepto de "diátesis tísica", o sea, una constitución física particular que predisponía a padecer la enfermedad.

Sócrates, a su vez, y Aristóteles, un siglo más tarde, tenían la creencia de que la dolencia podía trasmitirse del enfermo al individno que estuviese en contacto con aquél. Galeno, Avicena y algunos otros participaban de este mismo criterio.

Del siglo XVII data la primera descripción de la tuberculosis pulmonar hecha por Silvio. En esa misma centuria, entre los años 1700 y 1724, durante el reinado de Felipe V, se decretó en España la obligación de notificar oficialmente a las autoridades las defunciones que fueran ocasionadas por la tuberculosis, y en Italia, por esa misma fecha, existía la costumbre de incinerar las ropas de cama de las personas que morian tuberculosas. En el año 1754 se decretó en Florencia por el Colegio de Físicos que la tuberculosis era una enfermedad contagiosa, y en Nápoles, en el año 1782, se publicó un Real Decreto en el que se imponía al público el deber de aislar cuidadosamente a los tísicos y de practicar la desinfección de sus habitaciones y de sus efectos personales con vinagre, aguardiente, jugo de limón y sahumerios, estando los médicos obligados a notificar los casos a las autoridades, imponiéndose severas multas a los infractores de la

En España y Portugal existían igualmente disposiciones en los códigos, obligando a las familias de los enfermos tuberculosos graves a comunicarlo a las autoridades, para que éstas procediesen a requisar y quemar, después de la muerte, los objetos que les habían pertenecido.

Aunque todos estos hechos revelan el mismo criterio respecto a la contagiosidad de la tuberculosis durante los siglos pretéritos, no nos dicen nada, sin embargo, de la etiología verdadera de la enfermedad. A pesar de todas esas precauciones, originadas por el temor a contraer la enfermedad viviendo en estrecho contacto con el enfermo o con sus pertenencias, a despecho del criterio sustentado por la profesión médica en los antiguos tiempos respecto a la contagiosidad, llegamos a principios del siglo XIX en que las ideas médicas dan un viraje y prevalece entonces la opinión de que la tuber-

culosis reconoce por causa la debilidad constitucional del sujeto, que le hace incapaz de librarse de ciertas substancias caseosas e inflamatorias que se implantan en su organismo.

El verdadero agente causal de la tuberculosis no se descubrió hasta bien entrado el siglo XIX, en la década que media desde el año 1880 al 1890, época gloriosa de la medieina, en la que nace a la ciencia una de sus ramas más lozanas, la bacteriología, en manos de los geniales descubridores, Luis Pasteur y Roberto H. Koch.

El primero que afirmó de manera categórica la naturaleza infecciosa de la tuberculosis fué Buhl en el año 1857. asegurando que era debida a la entrada en la sangre de un veneno específico que él denominó "substancia tuberculosa".

Pero el que probó concluyentemente la contagiosidad de la dolencia fué Villemin ruando allá por los años de 1865 a 1869, publicó una comunicación donde describió los resultados obtenidos al inocular nueve conejos con material tuberculoso, todos los cuales contrajeron la enfermedad, desarrollando sus lesiones específicas al cabo de varios meses.

Por fin, el 24 de marzo del año 1882, presentó Roberto H. Koch. ante la Asociación de Fisiología de Berlín, su luminosa comunicación dando cuenta del hallazgo del bacilo tuberculoso humano, que de ahí en adelante habría de llevar su nombre. Las comunicaciones sobre este importante descubrimiento no se publicaron hasta dos años más tarde, en el 1884. En ellas describe los métodos que le condujeron al hallazgo del organismo, el cual había cultivado en sueros de buey y de oveja, previamente coagulados a 58° C y calentados despnés a 65°. demos-

trando asimismo la existencia del bacilo en tejidos y substancias patológicas con métodos originales de teñido debidos a su ingenio.

Desde entonces el progreso de la bacteriología de la tuberculosis sigue en curso ascendente hasta nuestros días.

11. CARACTERES DEL BACILO DE KOCH

Morfología. Los bacilos de la tuberculosis son unos bastoncitos inmóviles, rectos o encorvados, que miden de 0.5 a 1.5 micras de ancho por 4 micras de largo. Carecen de flagelos y de esporos, son acrobios y viven parasitariamente a expen sas del hombre y algunos animales. El cuerpo bacilar es generalmente recto. más o menos irregular, a veces no es rectilíneo sino encorvado y con los extre mos redoudeados. Cuando se le tiñe con los colores de anilina algunas partes fijan mejor el color que otras, quedando unos espacios incoloros, lo que le da un aspecto arrosariado y que algunos autores han tomado por esporos. Observánse en ocasiones astillados a lo largo del cuerpo y formando agrupaciones ramificadas. La temperatura óptima para su vegetación es de 37°C y su óptimo pH de 7.8.

Cultivos. Son difíciles de cultivar en los medios artificiales y su crecimiento suele ser tardío. Los dos tipos de bacilos, el humano y el bovino, creceu de manera distinta: el primero crece de modo exuberante (eugónico) y el segundo (disgónico) muy lenta y parcamente. Este carácter no es, sin embargo, una regla general.

Aunque reaccionan de distinto modo en los diferentes cultivos, en muchas ocasiones, ello no basta para clasificarlos en distintos tipos según sus reacciones particulares.

Crecen en diferentes medios, siendo los mejores el suero coagulado de buey, medios a base de yema de linevo, la patata glicerinada y el agar glicerinado y medios líquidos de diversas clases. Empleánse también para cultivarlos algunos medios sintéticos líquidos. Una vez hecha la siembra deben cerrarse herméticamente los tubos o envases, para evitar la desecación, y ponerlos en la oscuridad en un rincón de la estufa hasta que aparezcan las colonias, las cuales comienzan a los diez o doce días, pero pueden tardar, a veces, 90 días en aparecer, y hasta tanto no transcurra ese período de tiempo no se puede desechar un cultivo y considerarle negativo.

Las colonias, por regla general, tienen forma de costra, verrugosas e irregulares, de color amarillento, cremoso o dorado, que puede, en ocasiones, tornarse rojizo, cuyo fenómeno depende principalmente del medio de cultivo.

Caracteres Bioquímicos. El bacilo se compone de 14% de residuos sólidos y 84% de agua. El residuo consiste de ácidos grasos solubles en alcohol y eter, y jabones en combinación con un alcohol de alta potencia (mikol) formando una sustancia cérea. Conticue además lecitinas, nucleoalbúminas y bases inorgánicas.

Acidorresistencia. Uno de los caracteres peculiares del bacilo de la tuberculosis es la resistencia especial que ofrece a la penetración dentro de su substancia de los colores básicos de anilina, pero una vez que se colorea, retieue y fija definitivamente el color. Se ha creído que la acidorresistencia dependía de los ácidos grasos de la cápsula del microorga-

nismo, pues los experimentos parecian demostrar que los alcoholes y los jaboner eran los responsables de la escasa permeabilidad del bacilo a los tintes y a los desinfectantes. Los trabajos experimentales de Bulloch y Macleod hau demostrado definitivamente que el alcohol es el único cuerpo que le comunica esa propiedad al bacilo. Este hecho fué confirmado por Tamura, en 1913, el cual le dió el nombre de mikol al alcohol bacilar.

Reacciones en Caldo Glicerinado. Hace algún tiempo se consideraba de gran importancia la reacción que experimentaban los diferentes caldos glicerinados para clasificar los distintos tipos de cultivos, habiéndose formado una escala de clasificación que ya no se utiliza, porque presenta muchas dificultades, entre otras, por ser un método muy complicado y llevar mucho tiempo; además de que todos los tipos bacilares no reaccionan ante los cultivos glicerinados de una manera uniforme y precisa.

Reacciones Serológicas. Los métodos de diferenciación serológicos tampoco pueden aplicarse a la clasificación de los distintos tipos de bacilos tuberculosos. Estos organismos son una excepción entre todos los demás y no se comportan ante los diferentes sueros con arreglo a los principios aceptados en la bacteriología e inmunología. Así vemos que el baeilo bovino y el bacilo humano, aunque diferentes entre sí en todo lo demás, no se pueden diferenciar uno de otro por las reacciones de saturación de las aglutini-Según parece, tanto en el tipo humano como en el bovino y aviario, debe existir un antígeno común a todos ellos.

Toxinas. El bacilo de la tuberculosis no segrega de su interior verdaderas exotoxinas. Cuando se le cultiva en medios líquidos parece que deja en libertad ciertos productos líticos de composición bastante compleja a los que se les ha englobado en una sola denominación: Tuberculina. Esta endotoxina es semejante en los tres tipos de bacilos: humano, bovino y aviario. La inoculación de cultivos muertos de bacilos aviarios a los conejos es de una gran toxicidad.

Filtrabilidad. El bacilo tuberculoso, según todas las apariencias, parece, en determinadas circunstancias, presentarse en forma filtrable de tal finura y pequeñez que le permiten atravesar a débil presión, las bujías Berkefeldt, Chamberlain, etc. Esta modalidad morfológica del bacilo constituye lo que se ha llamado el ultravirus tuberculoso, de existencia muy discutida por las más altas autoridades en esta materia, sobre la cual se han emitido algunas teorías todavía incompletas y en plena evolución.

Resistencia a los Agentes Fisicoquímicos. El bacilo de Koch es bastante resistente a los agentes fisicoquímicos y ello se debe no tanto al organismo per se, cuanto a las substancias que le contienen en el esputo, en el cual el moco le protege contra la acción de los agentes deletéreos. En el esputo resiste a la desecación por espacio de meses a la temperatura ordinaria. En el agua y en los residuos de alcantarillas conserva su vitalidad por algunas semanas. En las substancias orgánicas en descomposición, como el esputo y los tejidos animales, el bacilo permanece vivo durante meses enteros. En los líquidos perece por calientamiento a los 60°C eu espacio de 15 minutos; a 70° de calor, en 10 minutos, a 80° en 3 minutos y a 100° en un minuto. Posee también bastante resistencia a las substancias químicas, lo cual depende de

los diferentes agentes que sobre él actúen. En los esputos bacilíferos el moco protege el cuerpo bacilar contra la acción germicida de las substancias químicas y así, por ejemplo, el ácido carbólico al 5% tarda 6 horas en esterilizar un esputo a igualdad de volumen. El bicloruro de mercurio es muy poco activo contra el bacilo, porque las substancias albuminoides del moco al coagularse le protegen contra el desinfectante. Los gases de formaldehido y dióxido de azufre en presencia de humedad tardan de 10 a 18 horas en destruírle. Los gases emitidos por 4 libras de azufre, en una cámara de 1000 pies cúbicos, necesitan 8 horas de acción continua en cámara húmeda para lograr la desaparición del bacilo. La exposición a la luz solar los destruye, en cambio, en breve tiempo; pero cuando el esputo está seco y al abrigo de la luz. los bacilos pueden vivir por espacio de 6 meses a un año.

III. METODOS DE IDENTIFICACION EN EL LABORATORIO

El reconocimiento del bacilo no presenta apenas ninguna dificultad para el bacteriólogo experimentado, y así, el diagnóstico de la tuberculosis es uno de los que con más frecuencia se practica con el sólo auxilio del microscopio. Se presentan, sin embargo, algunas dificultades, según los métodos que se usen, los cuales vamos a exponer a continuación en este orden:

- Identificación del bacilo en las secreciones, en las excreciones o en los tejidos.
- 2. Alergias o fenómenos de hipersensibilidad a la infección bacilar, o sea, tuberculinorreacciones.

- 3. Técnicas que dependen de la presencia en los humores o en los tejidos de sustancias inmunizantes, o sea: pruebas de fijación del complemento, aglutinorreacción, serofloculación (Vernes), precipitorreacción y opacificación con antígeno metilico.
- 4. Determinación de fenómenos no específicos, o sea: sedimentación eritrocítica, recuentos hemáticos y reacciones tisulares.

Estos cuatro grupos de métodos de investigación pueden clasificarse en directos, los del primer grupo, e indirectos, los comprendidos en los otros tres.

Haremos solamente objeto de nuestra exposición los métodos directos que son en realidad, los más importantes y prácticos desde el punto de vista diagnóstico.

Los clasificados en el segundo habrán de ser expuestos en este mismo sitio por otros compañeros, y en cuanto a los clasificados en los grupos tercero y cuarto, no tienen por el momento, mayor importancia práctica ni diagnóstica. Uno de ellos (el del grupo tercero), porque su ejecución es demasiado complicada y costosa para su aplicación a la práctica ordinaria de laboratorio y sin gran ventaja sobre los demás, según la opinión de numerosos investigadores. En cuanto a los clasificados en el grupo cuarto, por ser de aplicación limitada, únicamente son ntilizables en ocasiones especiales.

Procedimiento de Identificación Microscópica del Bacilo.

1.—Coloración directa: Tómese una partícula de la porción cremosa del esputo, prepárese un frotis y tiñásele entonces con fucsina fenicada. Nosotros preferimos el método de Ziehl Neelsen,

decolorando con solución acuosa de ácido nítrico al tercio y el azul de Loeffler como colorante de contraste. Algunos prefieren para ésto la solución alcohólica saturada de ácido píctico. Móntese el portaobjetos al microscopio y búsquense los bacilos ácidorresistentes. Conviene no afirmar la presencia del bacilo hasta tanto no se hayan enfocado cinco ejem plares ácidorresistentes típicos. Algunos autores aconsejan observar antes 10 bacilos, por lo menos.

Las causas de error con este método suelen ser las siguientes,

- A.—Coloración insuficiente o defectuosa.
- B.—Previa existencia de bacilos ácidorresistentes en los tintes (cuando éstos han sido usados repetidas veces con anterioridad), en el agua empleada o en los frascos de reactivos, en el aceite de inmersión o adheridos a la superficie del lente microscópico.
- C.—Presencia de corpúsculos variados en el frotis, que pueden ser confundidos con el bacilo, por lo cual deben siempre utilizarse portaobjetos nuevos, pues en los viejos suelen quedarse adheridos bacilos tuberculosos.
- D.—Insuficiente número de bacilos en el esputo de donde se preparó el frotis. (Debe recordarse que, para que los bacilos aparezcan en el frotis, el esputo que se examina debe contener, por lo menos, 100,000 microorganismos por c. c.)
- E.—Falta de cuidado en el examen microscópico.
- 2.—Métodos de concentración bacilar: Para poderlos aplicar con las mejores

garantías recomiéndase recoger toda la expectoración de las 24 horas. Estos métodos se fundan en la acción de ciertas sustancias químicas que disuelven el moco del material expectorado y lo hacen homogéneo. Es un método menos expuesto a error, con el que se hace más fácil demostrar la presencia de los bacilos, si estos realmente existen en el esputo.

Empléanse muchos y variados procedimientos, pero nosotros vamos a mencionar solamente tres de los más corrientes.

A.—Concentración con la antiformina.

- 1.—Mézclense partes iguales de expectoración y solución de antiformina al 50%.
- Póngase la mezcla a incubar a 37° durante 30 minutos, teniendo cuidado de moverla de cuando en cuando.
- 3.—Dilúyase en tres volúmenes de agua.
- 4.—Centrifúguese a gran velocidad por espacio de 10 a 30 minutos.
- 5.—Decántese la superficie del líquido. añádase agua esterilizada, centrifúguese nuevamente y recójase el sedimento para ser examinado.

La antiformina se prepara según la fórmula siguiente:

Partes iguales de solución al 15% de hidróxido de sodio y solución de lejía de sosa.

La solución de lejía se prepara mezclando 600 gramos de carbonato sódico, 400 gramos de cal clorinada y 4,000 c. c. de agua. Déjese sedimentar, decántese el líquido, fíltrese y póngase en un envase de cristal opaco en un sitío al abrigo de la luz.

B.-Método de Petroff: Mézclese el

esputo con una cantidad igual de la solución al 4% de hidróxido de sodio. Póngase la mezcla 15 minutos en la estufa a 38°C; centrifúguese, decántase y añádansele al sedimento 2 o 3 gotas de la solución normal de ácido clorhídrico, hasta hacerlo neutro al papel tornasol. Procédase entonces a hacer frotis, cultivos o inoculaciones animales.

C.—Método de Pottenger: Mézclense cantidades iguales de esputo y solución al 5% de hidróxido sódico y póngase a batir en la máquina. Caliéntese en baño de María a 55° por espacio de media a una hora. Sepárese con la pipeta el residuo insoluble depositado en el fondo de la vasija. Añádasele de 1 a 2 c. c. de un hidrocarburo (xylol, ligroína, bencina o gasolina) y complétese cou agua destilada hasta 200 c. c. batiendo después la mezcla durante 10 minutos.

Déjese reposar de 10 a 20 minutos hasta que el hidrocarburo se acumule en la superficie del líquido.

Si la mezcla resultante quedase muy viscosa, aspírese con un sifón estéril la parte cremosa, complétese otra vez hasta 200 c. c. con agua destilada y vuélvase a batir durante 5 minutos.

Cuando la fluidez del líquido sea aproximadamente igual a la del agua, se extrae la capa flotante de hidrocarburo con una pipeta que se deja sostenida verticalmente con un tapón de corcho, durante 5 o 10 minutos, hasta que el líquido quede libre de la capa flotante de hidrocarburo.

Las preparaciones microscópicas se hacen con el hidrocarburo, poniéndolo en capas superpuestas sobre el portaobjetos, hasta obtener el grueso que se desea.

Lávese la preparación en éter para

quitarle los restos de hidrocarburo o trazas de grasa que pudiera contener.

Tíñase con cualquier método, teniendo cuidado de no prolongar la decoloración por más de 20 minutos, pues los bacilos pierden el tinte fácilmente. Si fuere necesario puede completarse la decoloración con una solución del 5 al 10% de sulfito de sodio. La coloración de contraste se hace con una solución de ácido pícrico al 1%.

Recuentos Bacilares

 Quisiéramos ahora decir solamente cuatro palabras sobre los diferentes métodos usados para contar los bacilos.

Desde hace mucho tiempo vienen muchos investigadores tratando de encontrar una relación entre el número de bacilos expulsados en la expectoración y la intensidad de las lesiones pulmonares, fundándose para ello en el hecho de observación clínica de que la disminución de la eliminación bacilar suele ser un signo de mejoría en los enfermos tuberculosos. Esto, a simple vista, parece cierto, pero no pasa de ser una presunción de orden teórico, pues el número de bacilos en el esputo depende de múltiples causas.

Unumeraremos algunas:

- 1.—Clase de la muestra de esputo.
- 2.-Cantidad de la muestra.
- 3.-Método empleado al examinarla.
- 4.—Habilidad y preparación técnica del que practica el examen.

Por eso, cuando se utiliza un método especial de concentración en una muestra tomada de la expectoración de 24 horas, pueden hasta cierto punto, ser más o menos semejantes los resultados obtenidos por distintos exámenes; pero cuando se estudia microscópicamente la pre-

paración de un solo esputo, los resultados que se obtengan en el recuento bacilar no podrán ser nunca de gran valor.

3.—Identificación del bacilo por los métodos de cultivo: Consisten, simple mente, en sembrar los organismos conte nidos en un espécimen patológico determinado en un medio especial de cultivo. Mencionaremos solamente algunos de los más usados en los laboratorios.

a.—Medios sólidos tales como el de Petroff, la patata glicerinada, la patata biliada, el medio de huevo de Dorset, simple o glicerinado, y el agar glicerinado.

b.—Medios líquidos, entre los cuales se usan más frecuentemente el caldo glicerinado y el medio sintético de Sauton.

Los métodos de cultivo tienen, según algunos, la ventaja de que, en comparación con la inoculación al conejillo de Indias, economizan tiempo y se obtienen promedios más altos de cultivos positivos. Además de que se pueden diferenciar con prontitud el tipo bacilar humano del bovino.

Entre los inconvenientes del cultivo del bacilo, los más importantes son:

- Que a pesar de todas las precauciones los medios sólidos pueden secarse.
- 2.—Que los especímenes pueden es tar ya contaminados con bacterias saprofíticas acidorresistentes, las cuales se confunden facilmente con el B. de Koch.
- 3.—Que en caso de no germinar la siembra de material sospechoso hay que esperar tres meses para poder certificar su negatividad.
- 4.—Identificación bacilar por inoculación a los animales: Procédase poniendo el esputo a homogeneizarse en una solu-

ción al 2% de hidróxido de sodio, neutralizando el sedimento con ácido oxálico. También puede usarse el sedimento obtenido por los métodos de concentración ya descritos. Inocúlanse los conejillos inyectándoles subcutaneamente en el pliegue inguinal. Algunos recomiendan que antes de inyectarles se cojan los ganglios de la región entre los dedos, pellizcándolos y apretándolos hasta lastimarlos.

Pónense los animales en observación por 4 ó 6 semanas, al cabo de las cuales se sacrifica uno de ellos. Si no se encuentran lesiones tuberculosas debe esperarse 2 ó 6 semanas para sacrificar el otro animal. Deben hacerse varios frotis y cortes histológicos de todas las lesiones sospechosas, teniendo en cuenta que los frotis obtenidos en el sitio de la inoculación son los más importantes para demostrar la presencia del bacilo.

La susceptibilidad para el bacilo de Koch es muy variable en las distintas especies de animales, como puede verse en la tabla que sigue:

SUSCEPTIBILIDAD A LA INFECCION EXPERIMENTAL CON EL BACILO TUBERCULOSO *

	SUSCEPTIBILIDAD		
	TIPO DEL BACILO		
	Humano	Bovino	Aviario
Hombre	+	+	_
Monos Antropomorfos	+	+	
Mono	+	+	٥
Mandril	+	+	
Curiel	+	+	0
Perro	0	0	
Rata	0	0	
Arriero	0	0	+
Ternero	0	+	ò
Conejo	0	+	+
Cerdo	0	+	O
Buey	0	+	
Cabro	0	+	
Gato	0	+	۰
Carnero	0	+	
Hurón		+	
Caballo	_	+	•
Faisán			+
Palomo	village (s)		+

^{+ =} Susceptible.

^{— =}No susceptible.

^{0 =}Ligera o nula susceptibilidad.

Muere de toxemia infecciosa pero no adquiere tuberculosis de forma progresiva.

^{* =} Técnicamente no existen especies animales absolutamente inmunes a la tuberculosis experimental, pero la susceptibilidad varía mucho en cada una respecto al tipo bacilar.

Algunos de los inconvenientes de la inoculación experimental son:

- 1.—La inoculación del curiel sólo nos suministra una prueba indirecta, o sea, únicamente nos asegura que el animal tiene lesiones tuberculosas, las cuales en ocasiones pueden ser confundidas con lesiones espontáneas anteriores a la inoculación experimental.
- 2.—El animal en experimentación puede también adquirir la enfermedad contaminándose por otros medios.
- 3.—Puede asimismo fallecer a consecuencia de otra enfermedad durante el período experimental, sin dar tiempo a que se desarrolle la tuberculosis inoculada.
- 4.—Según algunos, de vez en cuando se encuentran animales resistentes a la inoculación.

La preferencia en el empleo de los cultivos o de la inoculación experimental al conejillo de Indias con fines diagnósticos es cosa que habrá de determinar el clinicopatólogo, después de tener en cuenta la naturaleza de la muestra que se le entrega para ser examinada y las facilidades que para ello ofrezca la institución donde hace su labor.

Cuando el bacilo aparece sin género de duda al examinar directamente un frotis previamente coloreado, no hay necesidad de recurrir a otro procedimiento, a menos que hubiere de determinar el tipo bacilar, en cuyo caso la inoculación al conejo es el método de elección. Si los bacilos proceden de cultivos hay que utilizar, naturalmente, los animales de inoculación y el diagnóstico definitivo tardará mucho más tiempo. Muchos anatomopatólogos creen que por medio de los cultivos se obtienen resultados más satis-

factorios; otros, en cambio, alegan que, cuando se toman las debidas precauciones de control, la inoculación al conejillo de Indias es mejor y más rápida. Créese que a las 2 ó 3 semanas después de la inoculación, teniendo el animal bajo una cuidadosa observación, al igual que se hace con los cultivos, se pueden apreciar a tiempo las transformaciones que sufra y sacrificarle en el momento preciso en que puedan observarse las lesiones patológicas.

En el Hospital Mt. Sinai de New York, acostúmbrase a inyectar a los animales, después de 3 semanas de inoculados, 0.5 cc. de tuberculina antigua (T. A.). Si el animal no está tuberculoso sobrevive a la tuberculinarreacción, de lo contrario fallece y se le hace entonces el examen post mortem.

Aunque los métodos de cultivo son de un gran valor, a los cuales hay que recurrir con toda la frecuencia posible para determinar la existencia del bacilo, la inoculación experimental del conejillo sigue siendo el procedimiento preferente cuando hay que demostrar su existencia en muestras patológicas procedentes de lesiones sospechosas de tuberculosis.

5.—Determinación del bacilo en cortes de tejidos por procedimientos histológicos: Estos métodos se utilizan como regla general en la cirugía clínica, en la experimentación animal y en las autopsias.

En la mayoría de los casos, cualquiera de los métodos descritos basta para diagnosticar la tuberculosis, pero hay algunos en los que a pesar de todos los exámenes, incluso de los Rayos X, no pue de llegarse a una conclusión diagnóstica definitiva. En el estudio de cualquier enfermedad, tanto el médico de cabecera

como el de laboratorio deben trabajar codo con codo para poder llegar a resultados acordes.

Las investigaciones de laboratorio no son siempre infalibles y sus hallazgos no son más que datos fisiopatológicos que deben tomarse en consideración conjuntamente y en correlación con los datos clínicos, para ser entonces interpretados en su justo valor. El clínico debe, por tanto, tener una idea bien clara del mecanismo biológico de cada enfermedad y sopesar cuidadosamente los múltiples factores que intervienen en cada una de esas pruebas de laboratorio, para poderlas utilizar correctamente al hacer su diagnóstico.

La responsabilidad profesional recae en última instancia sobre el médico que acopla los datos, los organiza, los analiza y emite un informe.

REFERENCIAS

Kolmer, John A. and Boerner Fred.

Approved laboratory technique. Appleton & Co. - N. Y. - London - 1931.

Wadsworth, A. B.

Standard Methods of the division of Lab. and Res. of the N. Y. State Dept. of Health. Wm. & Wilkins - 1927.

Magath T. B. and Feldman W. H.,

Relative value of cultural methods and guinea pig inoculation in the diagnosis of tuberculosis.

Am. Jr. Cl. Path. 1932 - 2:199.

Herrmann W. W., Hansmann G. H. and De Capito T.,

The demonstration of M. Tuberculosis in exudates, tissues and body fluids, concerning guinea pig inoculation and cultural methods for the demonstration of M. Tuberculosis.

Am. Jr. Cl. Path - 1932 - 2:371.

Ford, W. W.,

Textbook of bacteriology.

W. B. Saunders · Philadelphia · 1927.

Topley, W. W. C. and Wilson G. S. The principles of bacteriology and inmu

The principles of bacteriology and inmunity. W. Wood & Co. - N. Y. - 1929.

Medical Research Council.

A system of Bacteriology in relation to medicine - Vol. 5, H. M. State Office - London - 1930.

Mackie, J. T. and Mc Cartney, J. E.,

An introduction to practical bacteriology. E. S. Livingstone - Edinburg - 1934.

Dopter, C. y Sacquepee, E.,

Manual de Bacteriología.

Salvat, Editores - Barcelona - 1933.

Bergey, D. H.,

Manual of determinative bacteriology, Wm. & Wilkins - Baltimore - 1925.

Pottenger, Joseph E.

The demonstration of rare tubercle bacilli in Sputum.

Am. Rev. of Tb. 1931 24:583.

LA CLASE MEDICA Y LOS PLANES REHABILITADORES*

Por R. LAVANDERO

De la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Puerto Rico

Siempre que las circunstancias me llevan a hablar en público se me presenta ante la conciencia un problema ético v es el de la responsabilidad de mis propias palabras que reperentiendo, agrandándose o deformándose en las individuales conciencias del auditorio, puedan provocar, a distancias imprevistas, desconsoladores resultados. Si el público. además, a que nos dirigimos está formado en su mayor parte por maestros, esta responsabilidad se multiplica; porque la palabra mal dicha, el concepto equivocado, la alusión incorrecta que salga de nuestros labios, puede, por azar. ir a parar a cerebros infantiles, germinar allí de una manera monstruosa y ocasionar, al correr del tiempo, verdaderas catástrofes. La Pedagogía es siempre nn apostolado moral.

Dada la modesta posición que ocupo y mi escaso haber intelectual no es de esperar que lo que yo diga aquí esta noche, ideas mostrencas, del dominio público, circulantes por ahí en boca de todo el mundo, tenga la menor trascendencia; pero bueno es declarar previamente, que invitado por mi admirado amigo Rosario, trato esta noche de hablaros como profesional, sin literatura y sin tópicos

amenos. (Es terrible esto de cargar con el sambenito de la amenidad. La gente espera al orador ameno con regusto precursor de buenas digestiones ayudadas por el masaje abdominal que provoca la risa. Pero en el circo suele suceder que el hombre más triste y más serio por dentro es, a lo mejor, el payaso.) Vengo a hablaros guiado por el puro afán de aclarar unos cuantos conceptos y meditar de la manera más esquemática posible y con eseasa objetividad — para la que no me creo dotado — sobre unos cuantos problemas actuales puertorriqueños.

Se trata de determinar, si es posible, dada la posición de la clase médica de nuestro país en el momento actual, la actitud que ésta habrá de asumir, como elemento integrante de la comunidad de Puerto Rico, en el desenvolvimiento económico de nuestro país.

A primera vista podrá parecer chocante que se relacione la economía con la medicina, la ciencia de los medios de producción y cambio, con el arte de curar. Y, sin embargo, ello es imperativo, porque el arte de curar es, apurando el concepto, arte de ayudar a vivir. Por eso, hablando Engels del materialismo dialéctico dice en un párrafo: "Debemos empezar por reconocer que la condición fundamental de toda existencia humana y, por consiguiente, de la Historia, es el hecho de que los hombres puedan vivir para que puedan hacer la historia. Pero para vivir se necesitan, ante todo,

N. del A. Esta conferencia fué pronunciada por su autor el día 15 de mayo, en Arecibo, a invitación del Director de los cursos de Extensión Universitaria, el profesor de sociología don José C. Rosario. Las ideas que en ella se exponen revelan el punto de vista personal de su autor, coincidente, estamos seguros, con el de la mayoria de nuestros asociados y compañeros médicos en general.

alimentación, casa, vestidos y algunas otras cosas más. El primer acto histórico es, por consiguiente, la producción de los medios para satisfacer esas necesidades, la producción de la vida material misma, y esto es un acto histórico, una condición fundamental de toda la historia, que, todavía hoy, como hace varios milenios, hay que satisfacer cotidianamente sólo por mantener vivos a los hombres." Y en el inmenso avatar de los siglos "el sujeto que hace la historia" ha configurado este mundo que vivimos en capas o estratos de diferente profundidad, que se mantienen en equilibrio inestable, en lucha perpetua unos con otros, cambiando entre sí de posición según los incidentes complejos de la lucha. Entre estos estratos o clases están los profesionales, los hombres que llamamos "de earrera" porque poseen un título académico que les acredita haber enrsado determinadas disciplinas v técnicas a las que se sintieron vocados por impulsos intimos y libérrimos de su personalidad, para participar después con alguna ventaja en la lucha de clases y asegurarse una posición social. Así el médico, que empezó siendo mago y sacerdote, todo en una pieza, en las sociedades primitivas, mientras la ciencia fué un coto cerrado de conocimientos esotéricos, reservado a los elegidos, ha pasado a ser un simple miembro de la comunidad, perdiendo la aureola mágica que le rodeaba y obligado cuando se enfrenta con un enfermo a pensar que está tratando con otro miembro de la comunidad igual a él y que su salud y su enfermedad no es sólo un asunto privado, sino que concierne a toda la sociedad que no necesita hombres inválidos e inútiles. Ha eambiado, pues, la estructura social, y han cambiado los ideales de los hombres que la componen, y si en un mundo ferozmente individualista era posible que la profesión médira fuera clasificada entre las llamadas "liberales", porque nada coartaba su libre ejercicio, al cambiar los ideales de la humanidad en sentido colectivista, la profesión médica no podrá en el futuro disfrutar privilegios de clase y tendrá que ser fiel a los ideales de su tiempo. De hecho, siempre las grandes figuras de la medicina han sido las que han representado en todos los tiempos el arquetipo ideal por que se ha regido la sociedad en determinado momento histórico. ¿Quién con mayor altitud y heroismo, en este momento del renacer insólito de las ciencias biológicas, puede ponerse al servicio de un ideal colectivo y salvaguardar los intereses de la humanidad mejor que el médico? Si con ello pierde privilegios personales ganará consideración, poder, respeto e influencia. hasta convertirse en un estadista de tipo platónico, y llegará a ser en cierto sentido "un salvador" -como dijo Federico Nietzsche-- "sin que tenga necesidad de hacer milagros, pero siu tener tampoco que someterse a la crucifixión".

En la vida no hay hechos aislados; todo es una concatenación de causas y efectos. En la vida de los pueblos los hechos vienen todos imbrincados unos en otros. La salud o la enfermedad de la masa son la causa del bienestar económico o de la miseria vital y éstas, a su vez, pueden originar el progreso o la decadencia. Un pueblo saludable es un pueblo alegre, expansivo, generoso, creador. Un pueblo enfermo es un pueblo triste, rencoroso, miserable, idiota, irresponsable.

Quisiera daros un breve bosquejo del panorama que presenta nuestro país en cuanto al hecho económico, pero ello es cosa tan repetida y conocida que no voy a cansaros enumerando datos, sino abstraer de ellos lo que pueda utilizar para el fin que persigo.

En nuestro país se han cumplido con una precisión casi matemática algunas leves de Marx; la absorción casi completa de un país agrícola y pequeñocapitalista, por otro grancapitalista y granindustrial. A eso se ha llegado por los medios que todos conocéis y que no he de discutir -técnica imperialista que se cumple fatalmente en la historia- y henos aquí en la situación presente, en que nuestra superficie geográfica no puede sostener sobre sí una población de 466 habitantes por milla cuadrada, población que no es la mejor riqueza de un pueblo como alguien ha podido decir por ahí. La riqueza de población es riqueza en el mismo sentido que una espléndida maquinaria, o sea, cuando se pueda emplear en algo útil, si no es hierro viejo que estorba. Pero ¿cuál es el estado de esta espléndida población? No es cosa de repetir los tópicos usuales adornados de cifras y estadísticas, y me remito al libro de los esposos Diffie, "Porto Rico, a broken pledge", donde están recopilados minuciosamente y analizados en forma objetiva todos los datos de los informes oficiales, todas las opiniones emitidas sobre nuestro caso, todas las tendencias sociales y políticas de nuestro país y el estado psicológico de nuestro conglomerado humano. En el libro mencionado aparecen la enfermedad, la miseria, la hiponutrición, la anormalidad física y mental, en serie continua y progresiva, originándose unas de otras y, tras todas ellas, la organización grancapitalista y absentista, es el personaje principal de la tragedia que mueve sus fuilos a la sombra de un régimen político en este maravilloso escenario del Mar Caribe: en este Puerto Rico (!), bello nombre de irónico significado. Y aquí quiero hacer una digresión pintoresca y quizás pertinente. Las diferentes imágenes poéticas, que han ido elaborándose al correr del tiempo ("Paraíso perdido entre las olas", "Bello jardín, de América el ornato", "Canastillo de boda entre las dos Américas", etc., etc.) han ido perdiendo su prestigio. Al cambiar las modas literarias aparecen otros modos de 'nombrar a nuestro país, y así, después, aquellas imágenes se transforman en "Suiza del Trópico" - acuñada ésta por el gran Teddy, el de la sonrisa de muelas orificadas — y más tarde "laboratorio". "puente", "crisol", y "antena". hora de arrumbar todo esa imaginería de quincalla en el cajón de la basura y exhibir, alto como una banderola de combate, el título del libro de los Diffie: "Porto Rico, a brocken pledge", "Puerto Rico, una promesa hecha pedazos", una promesa incumplida, y exigir, por lo tanto, su cumplimiento. Pero para exigir hay que poscer antes virilidad v fuerza. Y mal puede un pueblo ensayar gestos viriles v heróicos si sus reservas biológicas ha de sacarlas de un medio ambiente agotado o poco favorable. "La vida humana es la ecuación existente entre el cosmos y la energía individual", dijo hace tiempo el profesor español Letamendi; de donde se deduce, que la enfermedad no es más que la vida misma verificándose dentro de circunstancias anormales. Y las circunstancias no dependen del individuo, sino de los facto-

res circunambientales: del tiempo y del espacio, de la época y de la región. Muchos morbos que causaron enorme mortalidad en pasadas centurias han casi desaparecido en los tiempos actuales. La lepra y la peste bubónica fueron el terror de la Edad Media en Europa; la primera de ellas sólo existe hoy día confinada y reducida al mínimo en contados países; la peste dejó de ser una amenaza para el mundo desde principios del siglo XVIII. Y en cuanto a las condiciones locales, es evidente que hay regiones salubres e insalubres y que un mismo estado patológico puede afectar diferentes formas y caracteres según la localidad donde se presente. pneumonía es aún de una gravedad extrema en Madrid, en cambio, en Londres el reumatismo articular abunda más que en ninguna parte del mundo. El hombre, pues, animal doliente, es un producto del medio ambiente que le rodea, pero es, a su vez, capaz de modificar el medio y de crearse uno favorable o adverso a sus necesidades.

Háse observado, p. ej., que la historia del desarrollo de la tuberculosis eu los Estados Unidos -y en el mundo entero- puede trazarse casi paralelamente al de la de su desarrollo industrial. Cuando acaece la enorme expansión económica de ese pueblo y se forman los grandes centros fabriles, a mediados del siglo pasado, hay una corriente migratoria de los campos a las ciudades; el urbanismo adquiere máximas proporciones: la inmigración de extranjeros viene asimismo a empeorar la situación: se superpueblan las ciudades, se establece la competencia de salarios entre los recién llegados y la muchedumbre trabajadora ya existente, lo que trae como consecuencia la explotación despiadada del obrero, que tiene que aumentar la jornada de labor, acelerarla y vivir en locales insalubres, en promiscuidad y hacinamiento, condiciones óptimas para que se verifique el contagio, que por esa época adquiere proporciones pavorosas en las urbes. Pero he aquí, que cambian las circuns tancias históricas, sobrevienen los descubrimientos eu el campo de la bacteriología, se divulgan los conocimientos microbianos y se comprenden mejor los conceptos de infección y contagio, y el público y los gobiernos comienzau a interesarse por las mejoras en la salud pública. La masa obrera organizada pide y obtiene mejoras de salario, de condiciones de trabajo, de horas de jornada. se higienizan el taller y la vivienda, constrúyense sanatorios, hospitales, créase el seguro de enfermedad, y todo ello repercute sobre la declinación de la mortalidad por tuberculosis, hasta tal punto que en la ciudad de Nueva York, en 1932, aunque da un coeficiente de mortalidad más alto que en todo el Estado, es, no obstante, menor que en toda la región rural del mismo Estado. En una recopilación de informes practicados bajo la dirección de la Liga de Naciones, en va rios países de Europa, puede verse "el doble papel que desempeña la industrialización sobre la morbología de la tuberculosis, favoreciendo su propagación al comenzar el período, al parecer inescapable, de explotación del trabajo obrero. y conteniendo la extensión de la enfermedad en el segundo período de reajuste social y mejoramiento de las condiciones de vida de los trabajadores". Y comenta el profesor Long, de quien tomamos estas notas, que "es evidente que la tendencia inicial hacia la declinación que se observó en la tuberculosis tuvo su origen en las mismas condiciones sociales que la habían creado, esto es, en el desarrollo industrial" del país. Evidentemente así es; pero la gigante expansión industrial no fué un fenómeno cósmico sino una ereación humana como lo fué asimismo su utilización, convirtiendo la adversidad en bienestar.

Este ejemplo que hemos puesto del desarrollo de la tuberculosis en los Estados Unidos nos lleva como de la mano a enfocar el panorama vital puertorriqueño desde el punto de vista estrictamente médicosocial.

Al verificarse el cambio de dominación cae nnestro país bajo la órbita económica y política americana y ello vuelve al revés todo el orden preexistente de la vida pública y privada. El hombre puertorriqueño tuvo que fabricarse un alma nueva y adaptarse a un nuevo estado de cosas que les eran impnestas desde fuera. Al transformarse la primitiva agricultura del país en una gran organización agrícola industrialista en gran eseala, cambió completamente el género de vida en el país, pues "la agricultura ha dicho Sherman, al estudiar la alimentación de unestros campesinos- no es solamente una industria sino un sistema vital". Compréndese el éxodo de las multitudes a buscar trabajo a las regiones del litoral donde se cultiva la caũa, la desaparición de 150,000 pequeños propietarios que disfrutaban de pequeñas heredades con las que proveían a su sustento; la proliferación de enfermedades de todas clases en los centros de población: la tuberculosis, por el hacinamiento y las malas condiciones de vida, la enfermedad infantil, por lo mismo y por la hiponutrición; la malaria, por la creación de criaderos de mosquitos en las acequias de riego de las plantaciones de caña; la uncinariasis, porque se ha extendido la contaminación del suelo al crecer la población. Esta ha anmentado 600.000 almas en los últimos 30 años, lo cual no significa fortaleza de raza, pnes en la naturaleza son los seres débiles, de vida efimera, los que más procrean. (Compárese la enorme longevidad y escasa prolificidad del elefante— el gran macrobio del reino animal—con el fugaz ciclo vital de los microbios y su monstruosa multiplicación.)

He agní el contraste entre el ejemplo de la industrialización norteamericana. sirviendo como causa del desarrollo de la tuberculosis y a la vez de freno para contenerla, v el caso de Puerto Rico desde el cambio de soberanía. También nosotros experimentamos un ange inusitado del capitalismo, del industrialismo, de los medios de producción y cambio y una difusión de la cultura en todos los órdenes; pero el crecimiento desmesurado de la población, sin que puedan expansionarse paralelamente las fuentes de riqueza ni crecer la extensión de nuestro territorio, hace que las circunstancias que nos rodean sean fundamentalmente distintas. También aquí el capitalismo se expansionó gigantescamente al compás de la industrialización aznearera principalmente, pero el capital así creado no es nuestro, ni siquiera existe en el país: es una entelequia, se ha evaporado, y no ha servido más que para confeccionar los balances ficticios de los informes sobre nuestra próspera balanza comercial. Pero no ha contribuído sino en proporción mny exigua a descongestionar las cargas de nuestro erario y anmentar de una manera equitativa, justa, honrada, cristiana, humana, la distribución del bienestar y la felicidad entre nuestros compatriotas. Ya sé que estas son frases de tono demagógico, vulgares y resabidas, oídas mil veces en los discursos políticos, pero no por eso son falsas ni dejan de expresar nna realidad: la realidad inconmovible de nuestro presente. En nosotros se cumple un destino histórico y no somos más que el coro de la tragedia: el soplo del Fatum viene a nosotros desde fuera, como los ciclones que periódicamente nos visitan. Un hecho histórico transformó nuestro destino - esa es la circunstancia -: de ahí en adelante, todo el acontecer posterior es biología. Entiendo por biología no los escuetos fenómenos vitales, sino todo lo a ellos inherente, desde la economía a la patología v hasta la psicología.

Del hecho histórico hay que partir siempre; pero desde el momento en que se trate de valorar sus resultados comienza la disparidad de criterios en las interpretaciones del mismo. Para algunos de nosotros miestra postración actual es sólo económica, sin pensar que las fuerzas motrices económicas no obran solas sino en concomitancia con las fuerzas psicológicas que les dan forma y posibilidad de desenvolverse. Hasta ha ce pocos años en nuestro país todo eran loas al estado de miestra prosperidad y de nuestro progreso, y ha sido necesaria una catástrofe de la economía mundial para que nos diéramos cuenta que ésto ya no era un país próspero, ni siquiera un país, sino un cascarón de país y que vivíamos aquí de prestado. Y ahora todos los doctores de la Santa Madre Iglesia tienen su plan en el bolsillo y sn receta infalible para nuestros males, pero, eso sí, a condición de que las drogas vengan regaladas desde fuera. Estamos en plena planificación, reconstrucción, rehabilitación, reconstitución o como quiera llamársele.

El hombre, aún el más primitivo, usa con hastante frecuencia su facultad de pensar, y cuando se trata de satisfacer sus instintos primarios gradúa su pensamiento más o menos embrionario a los métodos que emplea. Causa risa ver entre nosotros aquellos que vivieron en plena enforia hasta este momento cómo ensayan gestos insumisos y ademanes desmesurados, esperando con desesperación el reconstituyente.

La clase médica de Puerto Rico por medio de sus organismos oficiales y corporativos, ha venido desde hace años haciendo el diagnóstico de los males que corroen a nuestro cuerpo social desde el punto de vista fisiológico. Ha apunta do problemas de atención inmediata: exceso de natalidad y exceso de mortalidad infantil; abundancia de ciertas enfermedades y falta de facilidades hospitalarias, de provisión de medicamentos, de material quirúrgico, de personal clínico anxiliar: miseria fisiológica y parvedad e inadecnación de la ración ali menticia ordinaria; delincuencia por ta ras hereditarias degenerativas y falta casi absoluta de instituciones correccionales y de tratamiento; etc., etc., etc. No quiero enumerar cifras ni porcentajes, ni dibujar curvas, ni relatar estadísticas, porque no tengo interés ninguno en aburriros y además no creo que pudiera decir nada nuevo. Las reflexiones que aquí hago tienen un carácter general y alusivo únicamente, de mera elucubración y síntesis, que nos sirvan para hacer la meditación final.

Empezaremos formulándonos unas interrogaciones preñadas de contenido, y son éstas: Aceptado como cierto el estado que hemos descrito en síntesis rápida ¿quedan aún en la entraña de nuestro cuerpo social reservas biológicas de todas clases para que puedan incorporarse y crear normas de vida orgánicas y psicológicas más altas? ¿Bastarán los planes (no me refiero a uno en particular) económicos, eugenésicos, sanitarios, pedagógicos, para lograrlo? taremos condenados a ser el eterno inválido del mar Caribe? No bastan para curar a un pueblo los proyectos y las panaceas; hacen falta ideales con vitalidad y con porvenir. ¿Doude está el ideal que galvanice las voluntades y las lance a una acción común y salva dora? Hasta tanto que esos ideales no aparezcan, todos los arbitrios a que recurramos no serán más que artefactos ortopédicos, oportunistas y útiles para mantener una simulación de sanidad orgánica. Cuando hurgando en el hondón de nuestra conciencia podamos crearnos un impulso hacia la acción redentora. todas las clases, todas las instituciones, todas las profesiones, todos los hombres y mujeres de nuestro pueblo nos embarcaremos hacia la empresa a realizar, con las manos bien seguras en el gobernalle. La clase médica, quizás una de las más entusiastas y mejor preparadas de miestro país, en este momento pedirá su puesto para ese cruceso ideal de patriotismo, y la Asociación Médica de Puerto Rico reclamará, según mi entender, na papel dirigente en chalquier plan de reconstrucción social que aquí se intente. Con ella habrá que contar en primer lugar, pues la abonan su larga historia de trabajo científico, de desinterés y de patriotismo.



Dr. Luis Pereira Leal

N. Marzo 6, 1885.

† Junio 15, 1935.

NECROLOGIA

Anotábamos en el número último, en estas mismas columnas, el hecho doloroso de no pasar un mes sin que tuviéramos que lamentar la pérdida de algún compañero. Ahora le ha tocado el turno a nuo de los jóvenes, a Luis Pereira Leal, cirujano de grandes méritos, exconsejero de la Asociación, Director del Hospital de Río Piedras y representante a la Cámara de la presente Legislatura. Su tránsito, en el momento más culminante de su carrera científica y política, gozando de una envidiable popularidad y de una exuberante y robusta constitución física, es motivo de duelo para todos nosotros

sus camaradas y para muestro pueblo que lo adoraba, como pudo demostrarse en el acto del sepelio en que representaciones de todas las clases sociales y de toda la Isla se agruparon alrededor de su ataud, llorando en torno a su cadáver y arrojando flores a su tumba. Y es que Pereira Leal, a más de sus méritos profesionales, era un hombre bueno, que hacía honor al significado de uno de sus apellidos. Su aspecto físico predisponía a la simpatía, con su atletismo, su sonrisa perenne, su optimismo, su gracia y su arrogancia,

Todos los médicos de su época, los que le conocieron intimamente, desde que rivalidó su título en 1912 y ejerció su profesión en la Isla de Vieques y en Fajardo, antes de afincar en Río Piedras, no se olvidan de destacar en el compañero desaparecido los rasgos de su personalidad: v así el Dr. García Cabrera, al expresar, sinceramente conmovido, su condolencia por la muerte del compañero, le describe como "trabajador incansable, cuyo amor al trabajo era sólo igualado por su vigor físico, que prodigó siempre su habilidad quirúrgica entre una pléyade de enfermos agradecidos." "Pero por sobre todo eso—anota García Cabrera—, tenía Pereira Leal una cualidad de alto valor moral para sus pacientes: era *el médico amigo* en toda la acepción de la palabra, cuya traza un tanto bohemia v la alegría que le venía del alma y asomaba siempre a flor de labio, arrastraban tras de sí los corazones."

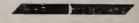
En los momentos difíciles, cuando un

naufragio político amenazaba la vida de unestra Asociación, se vió siempre a Pereira Leal ocupar valientemente el sítio de mayor peligro, como buen capitán en su navío. Esa su valentía le venía por la sangre, pues no en balde era descendiente de marinos del mar Caribe. Llegó la Muerte y le dijo al oído los versos de Jorge Manrique;

"Bnen caballero, dejad el mundo afanoso y su halago; muestre su templado acero vuestro corazón famoso en este trago."

Y partió el amigo bueno y simpático, el compañero sincero y valiente, el médico honrado, dejándonos inconsolables con su pérdida. Descanse en la serena paz sn espíritu inquieto.

R. L.



Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Año XXVII

Junio, 1935

Núm. 6.

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe:

Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador: Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. J. Rodríguez Pastor Dr. Juan A. Pons

EDITORIAL

POLITICA Y PROFESION

No queremos decir política profesional—la del político que hace de su intervención pública una profesión, su profesión. El tema sería interesante, pero estaría fuera de lugar. Ni vamos a hablar de la práctica, de los procedimientos profesionales.

Queremos referirnos a las relaciones entre la política de nuestro país y la práctica de nuestra profesión; de cómo la una influye en la otra; de cómo la intervención de la política y en la política. adultera la vida de la profesión médica de Puerto Rico.

Establezcamos ab initio que la intervención en la cosa pública es un derecho y un deber ciudadano; que el hecho de perteuecer a la clase médica no altera el derecho de "hacer política" del médico que a ella quiera prestar su concurso.

Pero sí debemos decir que no es buen principio mezclar ambas actividades:—ni

el médico debe llevar su profesión al mercado político, ni el político debe llevar sus actividades a la práctica de la medicina—como médico, es un sacerdote; como político, es un ciudadano. En el ejercicio de la medicina es un ciudadano particular.

El ejercicio de la profesión médica en su aspecto clínico no debe ser una función pública, La Higiene Pública, el cuidado de la Salud Pública, en cuanto está a cargo del Estado, se vale de profesionales médicos para la ejecución de sus funciones, pero en tal caso el médico abandona ya la práctica particular y empieza a convertirse en un funcionario del Estado. La esfera de acción del funcionario médico está bien delineada. Actúa él sobre masas lumanas; trata problemas de conjunto que no podrían convenientemente afrontarse desde la esfera particular.

Pero el tratamiento del enfermo, el cuidado de su salud en particular, es esfera privada hasta donde no debe llegar el Estado directamente a través de sus funcionarios. Curar no puede ser función pública, excepto cuando "no curar" o, simplemente, cuando practicar el aislamiento (o el no aislamiento) de un caso clínico determinado implique una cuestión pública. Tal, p. ej., en un caso de tuberculosis, lepra, locura, etc.

Si el estado alguna vez, paternalmente, ha de extender su protección al cindadano particular desvalido para ofrecerle el tratamiento médico que éste no puede procurarse, a cansa de meras razones económicas, debe y puede hacerlo sin invadir ni destruir la relación íntima, personal, discreta, que debe establecerse siempre entre médico y enfermo. Una cosa es pagar por que se cure y otra es

curar, organizar la cura a través de subalternos oficiales.

El sistema de emplear médicos por nombramiento para que traten y curen a los indigentes, sin que éstos tengan otra alternativa que aceptar esta cura o quedarse sin ninguna, es un inicio de State Medicine que puede llegar a un State Medicine total, si la linea que separa al indigente del pudiente se esfuma ante la acción de la política. El sistema de contratar servicios para esas mismas masas, es decir, de pagar la cuenta de gastos de acuerdo con previas estipulaciones, pero sin invadir la jurisdicción profesional, es un principio de respeto a la libertad individual y a la del médico. Tiempo es ya de que vayamos viendo esto. Nuestra Beneficencia está toda a base de nombramientos. Es preciso variar esto y colocarle a base de contratos bilaterales. Porque los nombramientos están condicionados a la política. Los contratos estarían sujetos a la aceptación por ambas partes de las estipulaciones a que pudiera llegarse (Estado, por un lado, y profesión organizada por otro).

El Comité de Beneficencia de nuestra Asociación prepara un modelo de contratos que piensa someter a la Cámara de Delegados para que se inicie ya la discusión sobre estas nuevas ideas y sirvan de punto de partida a las futuras reformas que habrán de implantarse tarde o temprano en nuestro país.

Hay que rescatar al médico de la maquinaria gubernativa y asegnrarle su vida profesional, sin que para ello sea preciso supeditarlo a la práctica de la política. Asignatura es ésta que, hasta ahora, y que sepamos, no ha sido incluída nunca en el programa de ninguna escuela de medicina.

A. F. 1.

FABULAS



Donde se habla de la dicha conyugal

¡La vida de este matrimonio! Siempre nerviosa y regañona ella; y el irritado, furioso.—"Cuestión de régimen"—se les dijo.—"El animal humano (masculino y femenino, por supuesto) puede hacerse más amable y sosegado mediante una nutrición adecuada."

¿Por qué no ensayar? Convinieron con tal fin, en separarse por tres meses. Y por tres meses, él se mantuvo livianito, con ensaladas, zanahorias, harina de maíz, sopitas y abundancia de leche. Por igual tiempo, ella no tocó más que miel, pasas y crema.

Al reunirse de nuevo, la ferocidad de él había desaparecido. Se había vuelto afable, generoso. Y ella era dócil,



dulce, angelical.... Pero al volver a saborear los viejos platos predilectos, la felicidad convugal estuvo en peligro muchas veces. ¿ Otra dieta? ¡No! El médico y consejero sugirió CAL-BIS-MA. Profesional sensato, comprendió que los disturbios causados por la hiperacidez gástrica pueden alterar hasta el caracter más tran-

quilo. Y en lugar de una absurda dieta, el remedio racional es la regularización de las funciones digestivas.

CAL-BIS-MA está compuesto de carbonato de magnesio y bicarbonato de sodio, para la neutralización rápida; subgalato y subcarbonato de bismuto,



que protegen las paredes estomacales; y caolín coloidal, que adsorbe los gases del estómago y las substancias tóxicas de los intestinos.

Para la hiperacidez CAL-BIS-MA

WILLIAM R. WARNER & CO., Inc., 113 W. 18 St., New York., E. U. A.



Granos

100

Un grano doloroso es una de las más desagradables condiciones de poca importancia que el médico, en el ejercicio de su profesión, es llamado a atender. Son dolorosos para el paciente y con frecuencia es difícil proporcionar alivio inmediato.

La opinión de la ciencia moderna no favorece el uso de la lanceta — en dichas circunstancias es cuanlo Numotizino demostrará ser de gran ayuda.

Numotizino no solamente proporciona comodidad al enfermo. Esta Super-Catap asma es de un notable ef eto analgésico. Sus resultados son también ant sépticos y descongestivos.



Numotizine es diferente a la cataplasma ordinaria gracias a sus ingredientes médicos — nayacol y creosota. No es solamente antiflogística, sino también analgésica y antiséptica

Cuando se aplica en condiciones tales como las que presenta un grano doloroso, reluce la hinchazón, hace que la lesión se "madure" más rápidamente y reduce las posililidades de que la infección se extienda.

Sería placentero para nosotros facilitarle una muestra para que la someta usted a experimentos clínicos. ¿Nos lo permite usted?

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St. Chicago, U.S.A.

Robert & Santini,
Distribuidores

Avenida Ponce de León San Juan, Puerto Rico.

Rob	ert o	% S	Sant	ini,	
Ave	nida	Po	nce	de	León
San	Juan	n, 1	Puei	to	Rico

Sírvanse enviarme muestras de Numotizine

Dept.P.R.6

para experimentos clínicos.

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado



PARA EL ALIVIO DEL ESPASMO BRONQUIAL

The latest transiento del espasmo bronquial, como en el asma, fiebre de heno, y en otras manifestaciones alérgicas, puede que el facultativo estime conveniente combinar los efectos fisiológicos de la Efedrina y del Amytal.

Los Púlvules (cápsulas) No. 44 Lilly, que combinan 0.025 Gmo. de Efedrina con 0.05 Gmo. de Amytal, llenan el requisito adecuada y convenientemente. Obtenibles en envases de 12, de 40, y de 500 púlvules, por conducto de su abastecedor de efectos médicos.



ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

FABRICANTES DE PRODUCTOS MEDICINALES DESDE 1876

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico,

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

CHOOL OF MEDICINE AND PURLIC HEALTS.

LIBRARY

5 MAK1938

INDICE

	Página
Comparative therapeutic effect of different hemati	-
nies in hypocromic microcytic auemia, Ramón M	
Suárez, M. D., Santurce, P. R.	_ 167
Indicacioues de la Broncoscopia y la Esofagoscopia	,
J. H. Fout, M. D., San Juan, P. R.	. 180
EDITORIAL	_ 189

PRESCRIBE

ORCHI-HORM

(Standardized Male Sex Hormone Solution)

A proven, stable, safe and potent aqueous extract of the "male sex hormone" derived from the "interstitial cells of Leydig" obtained from the fresh testicles of bulls.

"It is so standardized that each cubic centimeter of this watery solution contains the hormones extracted from one-half pound (227 grams) of fresh orchic tissue". The solution is tested by the profound effect it has on the "secondary sex characters" of the CAPON with references to the changes in the comb, wattles, etc.

COLE CHEMICAL COMPANY St. Louis, U. S. A.

QUALITY PHARMACEUTICALS

ENRIQUE VELEZ POSADA-Edificio Ochoa 421-Apartado 1018-San Juan



Representative:

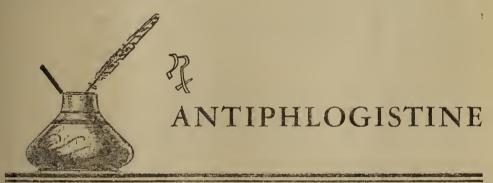
JOSE RAMIREZ RODRIGUEZ
Hipódromo Ave. No. 38 Santurce, P. R.

Afecciones de la Piel

Muchas de las enfermedades inflamatorias crónicas de la piel muestran resultados sorprendentes con la radioterapia.

Los efectos de la radiación pueden, sin embargo, reforzarse considerablemente con el uso de un coadyuvante local como la Antiphlogistine, que no sólo prolonga el efecto benéfico de los rayos sino que calma la comezón y el dolor, suaviza los tejidos indurados y alivia el eritema que generalmente acompaña las irradiaciones.

La Antiphlogistine sirve además para cubrir y proteger la superficie inflamada.



THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING CO. 163 VARICK STREET • NUEVA YORK, E.U.A.

Muestra y literatura a solicitud

Nombre	***************************************	**********	*********	 ***************************************		****************	y
Dirección	20-14-1-7-900-0			 	***************		
	GARRATON						

VIALINA

Estimulante Biliar Promueve el flujo de bilis

Estimula la secreción y el flujo biliar de modo natural, aumenta la actividad hepática, aliviando de ese modo condiciones tales como la biliosidad, la indigestión y el estreñimiento crónico.

La VIALINA no tiene por objeto producir una acción catártica violenta e inmediata—sino más bien ofrece un tratamiento regulador. Incluye el efecto estimulante, tonificante y suave de la Cáscara Sagrada, que tonifica el intestino—sin tendencia a formar malos hábitos.

La VIALINA se envasa en frascos de cincuenta tabletas de forma y color característicos.



FORMULA CADA TABLETA CONTIENE

Sales Biliares Normales 0.065 grm.
Enzimas Pancreáticas . 0.130 grm.
Ext. de Cáscara Sagrada 0.065 grm.
Ext. de Nuez Vómica . 0.003 grm.
Exclpiente . . . 0.137 grm.

El tratamiento con la VIALINA puede ser continuo sin malos efectos.



JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. de A.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

JULIO, 1935

Núm. 7.

COMPARATIVE THERAPEUTIC EFFECT OF DIFFERENT HEMATINICS IN HYPOCHROMIC MICROCYTIC ANEMIA *

RAMON M. SUAREZ, M. D.

Santurce, P. R.

On the basis of differences in the aver age volume and hemoglobin content of the red corpuscles, Wintrobe (1) classifies anemia into four types, namely: macrocytic, normocytic, simple microcy tic, and hypochromic microcytic anemia. Similar classifications had been suggested by Osgood (2), and by Haden (3). The mean cell volume, the mean corpuscular hemoglobin, and the mean corpuscular hemoglobin concentration correspond respectively to the volume, caturation, and color indices as obtained with the hematocrit.

The practical merit of this classification "makes possible the ready differentiation of pernicious and similar types of anemia which are effectively treated by liver therapy, from those which are effectively treated with iron preparations, and permits the separation of these from the types of anemia in which neither liver nor iron, nor both combined, is of any value", as long as the cause of the anemia persists.

The hypochromic microcytic anemia is characterized by moderate or marked microcytosis and marked hypochromia. It is found in three groups of cases: chronic blood loss, which includes malignant

In Wintrobe's (1) own words, the "essential morphologic characteristic of this type of anemia is a definite and well marked decrease below normal in the mean corpuscular hemoglobin concentration. This decrease is conditioned by a deficiency in hemoglobin which results from long continued loss of blood or, in some cases, probably by a defective absorption of hemoglobin-building material from the diet (idiopathic hypochromic anemia). Defective diet may possibly lead to the same result. The therapeutic effect of iron in this type of anemia is as consistent and spectacular as is liver therapy in pernicious anemia, and seems often to occur in the presence of the cause of the anemia".

The mean corpuscular volume is very low, ranging from 60 to 70 cubic microns. The lowest value observed by Wintrobe being 50 cubic microns. The mean corpuscular hemoglobin concentration is usually 27, 28 or 29 per cent, and in sev-

processes accompanied by hemorrhage, bleeding hemorrhoids, peptic ulcer, uter ine hemorrhage, purpura, teleangiectasia, etc., an idiopathic group, which includes the so called "idiopathic hypochromic anemia", some cases of anemia associated with pregnancy, amyloidosis, and chlorosis. Cases of hookworm infestation form the third group.

Read at the annual meeting of the Medical Society of P. R., Dec. 1934.

eral cases it is as low as 21 per cent. The lowest mean cell volume observed by us in Puerto Rico, (Suářež, R. M., and O. Costa Mandry) (4 and 5), in a study of anemia associated with hookworm disease was 56 cubic microns, and the lowest mean corpuscular hemoglobin concentration was 15.2 per cent.

We are presenting a study of 8 cases of typical hypochromic microcytic anemia and one borderline case which also responded to iron therapy. This group includes three severe cases of anemia associated with hookworm infestation (cases 1, 4 and 6), one (casé No. 2), due to liemorrhage (uterine fibroid recently operated upon), one (case No. 5) caused by a combination of pregnancy, hemorrhage, and puerperal sepsis, another (case No 3), a patient who has received freatment for uncinariasis long ago, very few eggs could be found in the stooks but he was nevertheless suffering from marked anemia, one case (No. 7) of "idiopathic hypochromic anemia", and one suffering from chronic bronchitis with acute exacerbation when observation and treatment was started.

In plate one we are also giving for comparison the figures that we consider normal for Puertorricans, as observed by us in a study of 30 males and 20 female adults.

The present study has to do specially with the response of these cases of hypochromic anemia to different hematinics. As gaged by the reticulocyte response, the increase in the number of crythrocytes and in the amount of hemoglobin and also by the changes occuring in the mean cell volume and in the mean corpuscular hemoglobin concentration. Parenteral liver therapy was used in one case, organic iron (Protoferrina Erba) in another, and in-

organic iron hypodermically and intravenously in two other cases. Eventually iron per os in moderate and maximal doses was administered to all.

Analysis of the Cases

Case 1: Was reported by us in 1932, at Annual Meeting of the Medical Association of Porto Rico, and appeared in our paper on the "Clinical Aspects of Uncinariasis (5). It stresses the fact that the use of liver extract either by mouth or hypodermically is an unnecessary expenditure of time and money to which we should not subject our patients suffering from hypochronic anemia. The daily in tramuscular administration of 2 ec. of Lilly's 343 to this patient, failed to show the slightest reticulocyte response in 8 days. The hemoglobin went down to 10 per cent and the RBC to 720,000. Iron and ammonium citrate 6 gms daily was followed by moderate reticulocytosis of 7 per cent and by rapid clinical and hematological improvement.

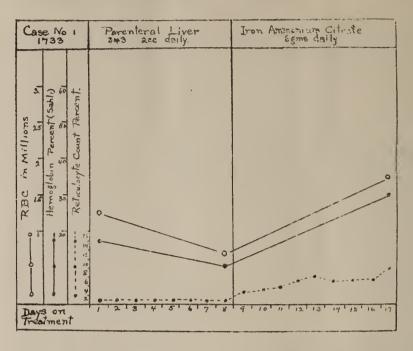
Case 2: A woman 35 years old recently operated upon for nterine fibroid after having suffered repeated and severe hemorrhages. Her stools showed moderate hookworm infesta-Her blood showed a severe grade of anemia markedly hypochromic and microcytic, and a leucocytic count of 14.900. The MCV was 59 cubic microns and the MCHC was 24 per cent. We put her on organic iron, using a proprietary preparation, Protoferrina, which is a 10 per cent organic iron compound, each cc. of liquid containing 0.003 gm. of metallic iron. The recommended dose, thirty drops, was given twice

PLATE I

BLOOD STUDY

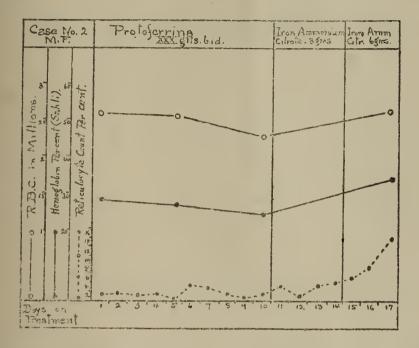
	Hem globi	ne		Pac Cc	ked lls		IN	DEX		ns)				
Cases Studied	Gms. x 100 ec.	Percentage	Eryhtrocytes Millions	Reading	ce of Normal	Color	Volume	Saturation	Icteric	Mean Cell Volume (CuMicrons)	Mean Cell Hemoglobine (Microgms.)	Mean Cell HB Conc. (%)	Leukodytes Thousands	Reticulocytes (%)
Normal Male	14.5	100	5.06	41.5	98.5	.99	.98	1.02	. —	82	28.9	35.1	5.4	2
Normal Female	12.5	91.2	4.60	40.5	98.7	.89	.97	.92		88.5	28.7	32.4	7.5	2
1	2.3	76	1.08		•				***	1	•		5.2	1
2	3.9	27	2.65	15.7	37	.1	.6	.7		59	15	.24	14.9	2
3	4.5	38	2.83	21	50	.7	.8	.7		75.	19.	21	7.6	.5
4	3.3	23	1.86	13.6	32	.6	.8	.7		73	18	24	5.1	0
5	3.7	26	2.41	15.7	37	.1	.6	7.7	<u> </u>	°65	15	:24	3.8	1.5
6	3.1	22	2.05	12	28	.5	.7	.7		60	15.5	25	2.9	0
17	1.74	12	.97	6.3	15	.6	.9	.8		65	18	28	4.6	0
. 8	6.9	48	3.32	25	59	.6	.8	.8		75	21	27	4.7	0
9	7.2	50	3.18	24	57	.7	.9	1.8		80	24	 30 	110.5	0

Strain Strain Control Control



daily. In 10 days there was a negligible reticulocyte response varying from 0 to 5 per cent. In the meantime both the RBC and the hemoglo bin suffered a slight diminution, from 2.650,000 per mc. to 2.260.000 and from 27 per cent to 24 per cent respectively. The MCV went up to 69 cubic microns, but the MCHC was lower, 22 per cent. Iron ammonium citrate in moderate dosage (3 gms. daily) produced only a slight reticulcoyte response for 4 days, but when the dose mas increased to 6 gms, daily the response was striking, going up to 15 per cent 3 days later. At the end of the experiment only 7 days after having started the ferric salt the hemoglobin had gone up to 32%, a gain of over 1 per cent daily, and the RBC count was 2,620,000 per mc. The MCV was 68 cubic microns and the MCHC was 25 per cent.

We have reported (case 1955) (5) a case of hypochromic auemia which showed a moderate reticulocytosis (6) per cent), and some clinical improvement with a special diet high in organic iron content. W. O. Cruz (Río de Janeiro) (6) claims that a diet rich in iron, when the organic reserves of this metal are not exhausted, maintains the condition of health in spite of intense helminth infestation. We claimed in 1929 that "the most important factor in the production of the anemias in Puerto Rico was a deficient diet". Rhoads, Castle et al (9) conclude that the hypochromic anemia of hookworm disease is apparently caused by a combination of blood loss, dietary deficiency, and gastro-intestinal changes probably resulting defective nutrition, but they are



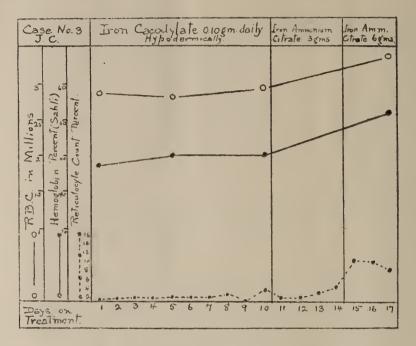
somewhat reluctant in incriminating iron deficiency in the diet, for beans (part of the "rice and beans" menú of our "Jibaro") contains rather a large amount of the metal.

In connection with this problem of diet and iron it is interesting to note that Elvehjem, Hart and Sherman (10) using Hill's dipyridyl method and the feeding trials found a notable difference between the total iron content of foods and the "available" iron for hemoglobin formation. They found, for instance, only 27 per cent available iron in wheat, and 57 per cent in oats and in yeast. In egg yolk the dipyridyl method showed an availability of 100 per cent of the total iron but the feeding trials indicated that egg yolk is a poor source of iron. There are still discrepancies and great deal yet to be said in this most important question of food and nutrition.

The study of this case corroborates Elvehjem, Hart and Sherman's (10) assertion, when they say: "Various forms of non hematin iron, even insoluble salts, are much superior to hematin compounds (organic iron) as a source of iron for the body. Hematin compounds have no place in the group of therapeutic agents used for hypochromic anemias.

Case 3: Iron hypodermically and more recently intravenously, alone or in combination with arsenic, had been in vogue in Puerto Rico, as elsewhere, for the treatment of the so called secondary anemias. In this experiment we used iron cacodylate in the usual dosage, 0.10 gm. daily.

The patient is an old colored man of 60, who came to the hospital to



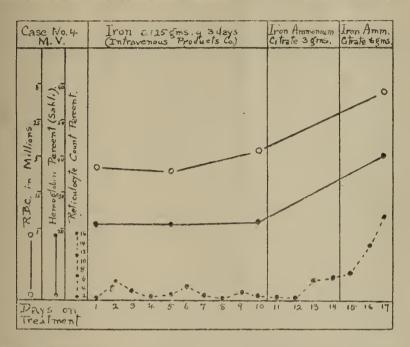
be operated upon for hernia. He was considered a poor surgical risk, and was referred to us for treatment of his anemia. This man informed us that he had received several treatments for hookworm years ago. Stool examinations shows a light infestation with the necator americanus. Shall we consider him a case of hookworm anemia when most of the worms had been removed? We doubt it.

On admission his RBC was 2,830,000 per mc., hemoglobin 38 per cent, MCV 75 cubic microns and MCHC 21 per cent, and leucocytes 7,600 per m.c. His fractional gastric analysis using the alcohol test meal and histamine showed absence of free HCL. Diluted HCL was not given to the patient during the course of this study. There was no reticulocyte response during the 10 days hypoder-

mic administration of iron. Reticulocytes varied from 0 to 4 per cent. He showed a very slight increase in hemoglobin (40 per cent) and in RBC (2,980,000 per mc.) The MCV rose to 77 cubic microns and the MCHC to 25 per cent. Ferric ammonium citrate in 3 gms. doses did not stimulate reticulocytosis but the increase to 6 gms. was followed next day by a response of 10 per cent.

At the end of the experiment the hemoglobin had gone to 52 per cent. a gain of 12 per cent in 7 days, the RBC count was 3,300, per mc., the NCV 78 cubic microns and the MCHC 28 per cent.

Case 4: An old, very anemic, white man, age 57, suffering from a severe hookworm infestation in spite of one thymol treatment given before this study was started. We used iron intravenously in rather large doses.



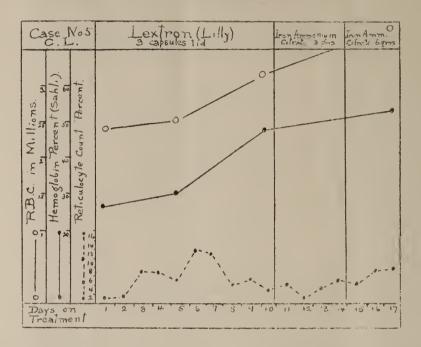
The usual dose of iron for intravenous administration found in the market is 50 or 60 mgms. The ampules we used were labeled thus: Ferric dimethylarsenate, 0.125 gms. and Sodium demethylarsenate 0.4 gms., manufactured by the Intravenous Products Co., and indicated by them for the treatment of "Anemia, pellagra, and malnutrition". One ampule was administered every 3rd, day.

At the beginning of the treatment the patient had a RBC count of 1,860,000 per mc., hemoglobin of 23 per cent, a MCV of 73 cubic microns, a MCHC of 24%, and a leucocyte count of 5,100 per mc.

Following the first intravenous administration of iron, there was a reticulocyte response of 5.4 per cent. which rapidly descended to 2 per cent 2 days later, the second injection

produced a lower response of 4 per cent and also a rapid descent to 1 and 2 per cent. At the end of the 10 day's period there was only 1 per cent increase in hemoglobin (24 per cent) and a slight gain in the number of erythrocytes to 2.100,000 per mc. The MCV and the MCHC were both lower, 70 cubic microns and 23 per cent respectively. Iron Ammouium citrate in smaller doses produced a moderate reticulocytosis up to 7 per cent, but maximal doses of iron were followed three days later by a reticulocyte count of 19 per cent. The hemoglobine went up to 40 per cent. a gain of 16 per cent in 7 days, the RBC reached 2,700,000 per mc., the MCV was 77 cubic microns, and the MCHC, 27 per cent

The histamine test showed that the patient was suffering from an achlor hidria. Diluted HCL in dose of 30



drops three times a day were given during the oral administration of the iron salt.

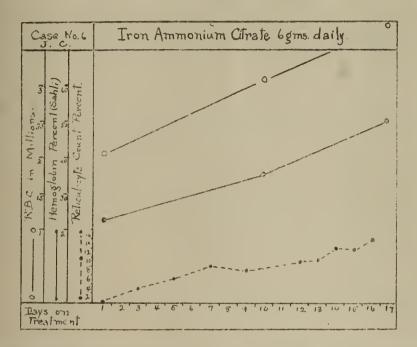
This case proves that the intravenous administration of iron shows more therapeutic effects than its hypodermic administration, but both these routes are valueless when we compare them with the oral administration of maximal doses of iron.

Cases 3 and 4 are of about the same age, both showed complete absence of free HCL in their gastric secretion, and both have suffered or are still suffering from hookworm disease. The first one is probably laboring few worms, and is suffering in our opinion more of malnutrition than of hookworm disease at present, the other is still heavily infected in spite of one thymol treatment. Diluted HCL was not given to the first one, but was administered

in dosage of 30 drops t, i, d, to the other. Both received the same amount of iron ammonium citrate. The reticulocyte response was 19 per cent in the one receiving the HCL and only 10 per cent in the other.

Case 5: A young white woman of 32, who is suffering from a hypochromic unicrocytic anemia, due to bearer-hage and puerperal sepsis. She was afebrile and up and about when treatment was started. Her hemoglobin then was 26 per cent, the RBC, 2,410,000, the MCV 65 cubic microns, the MCHC 24 per cent, and the WBC 3,800 per mc.

Lextron, a Lilly's preparation containing a specially prepared liver stomach concentrate .43 gm., .20 gms. green iron ammonium citrate, and adsorted vitamine B, 0.016 gm. was administered in the recommended dosage of 3 capsules three times a



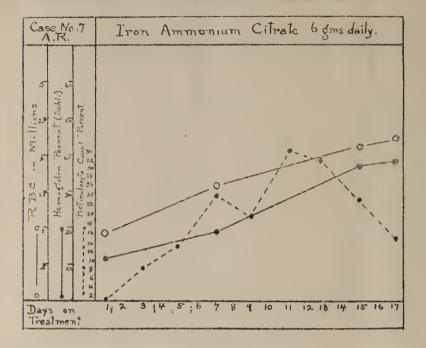
day. Two days later the blood showed a reticulocyte response of 8.2 per cent which went up to 13.1 per cent on the sixth day, coming rapidly down to 3 per cent on the tenth day. The reticulocyte curve as seen in the chart is very similar to those observed in pernicious anemia following adequate liver therapy. In 10 days the hemoglobin increased to 47 per cent, a gain of 21 per cent, the RBC rose to 3,300,000 per c. m., the MCV to 69 cubic microns and the MCHC to 30 per cent. Ferric Ammonium citrate in smaller doses did not produce any noticeable improvement in the reticulocyte count, but massive doses started apparently a new reticulocyte crisis which reached 8.1 per cent 3 days later.

At the end of the experiment the patient shows a RBC count of 3,800,000, hemoglobin of 52 per cent,

MCV of 81 cubic microns, and MCHC of 25 per cent.

Undoutedly this patient responded dramatically well to Lextron. A striking stimulation of her appetite, to which she insistently called our attention to, can probably be accounted for by the vitamine B content of the preparation.

Case 6: White man, age 33. Severe hypochromic anemia associated with hookworm disease. The anemia was treated without removal of the worms, using iron ammonium citrate in 6 gms. daily dose. The reticulocytes which were 0 at the beginning increased to 6 per cent in two days, and then they exhibited a constant rise up to 15 per cent on the sixteenth day. The hemoglobin was 22 per cent and went up to 36 per cent in 10 days and to 50 per cent in 16 days. The RBC count of 2,050,000



per c.m. increased to 3,200,000 in 10 days and to 3,800,000 in 16 days. He had a leucopenia of 2,900 cells before treatment was instituted, the total leucocyte count, the MCV and the MCHC reached almost normal figures.

Case 7: White man, age 44. Is one of the most severe cases of anemia associated with hookworm disease that we have seen. He was treated with massive doses of iron while the worms were left undisturbed in his intestinal canal. Two days later the reticulocytes rose to 8 per cent, reached 34 per cent (the highest figure observed by us in this type of anemia) on the eleventh day, and came down to 15 per cent on the seventeenth day.

We followed the study of this patient for over two months and could notice that the reticulocytes rose again to 22 per cent and stayed up,

gradually coming to normal in about 30 days.

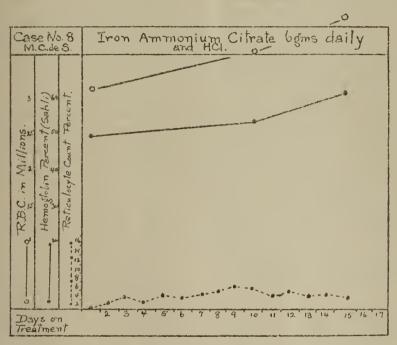
This reticulocyte curve and the one preceding, serve plainly as contrast with the one observed during administration of Lextron.

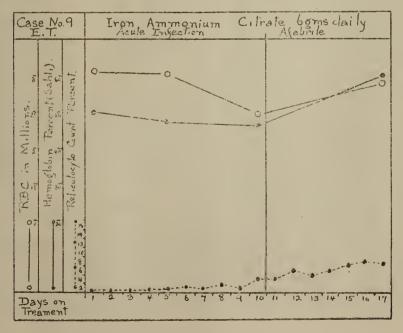
The hemoglobin rose from 12 per cent to 36 per cent in 17 days, a gain of 24 per cent, the RBC from 970,000 to 2,030,000 per cm. The MCV from 65 went up to 91 cubic microns and the MCHC stayed in 28 per cent.

Case 8: Is one of simple achlorhidric anemia in a white woman 50 years old. We prefer this term, used by Rodríguez Molina (8) in the report of his case, to "idiopathic hypochromic anemia" commonly used. Frequent pregnancies and menstrual disorders was probably the cause of her anemia. She responded rapidly to the iron therapy, and hydrochloric

acid. The reticulocyte response was small (7 per cent), probably because her initial RBC count was over 3,000,000 per c.m.

Case 9: Colored man, age 41. This case is presented only to show that a lack of response or a feeble reticulocytic response to iron therapy may be due





not only to insufficient dosage, but to other factors as well. Achlorhidric patients do not respond so readily unless hydrochloric acid is added. Also the inhibiting effect of the infections in the hematopoietic system is an established fact.

This patient illustrated the latter. Although maximal doses of iron were administered from the beginning, no reticulocyte response could be observed white the patient was suffering from an acute bronchitis and high temperature. There was a diminution of the hemoglobin content and of the crytrocytes in spite of the hematinic medication. When the acute symptoms subsided the reticulocytes increased up to 8 per cent which is a rather high figure in a patient whose initial RBC count was over 3,000,000.

If the economic aspect of the therapy of the anemias is important elsewhere, it is a most important problem in Puerto Rico, where the incidence of anemia is high and poverty is rampant.

The indiscriminate, unnecessary and worthless use of liver extract would have cost case 1, about 2 dollars. Protoferrina is retailed at the drugs store for \$1.25. The box of 12 ampoules of iron cacodylate 0.10 gm. is sold for 70 to 80 cents and that of intravenous iron preparation in ampoules of .125 gm. each at 4 dollars and 50 cents. Of course, in estimating the actual cost to the patient we would have to add to the cost of the drug, the time lost and the charge made by the nurse or the physician for giving the injections. Lextron is sold at \$2.00 the bottle containing 84 capsules; enough treatment for only 9 days.

The action of different ferric and ferrons salts, and the approximate cost to the patient has been determined by Fullerton (11) from Edinburgh. He prefers the soluble ferrous sulphate of which 9 grs., according to this author, produces the same hematological response as 90 grs. (6 gms.) of ferric ammonium citrate. Bland pills are given in 45-60 grs. daily, its cost is from 6 to 8 cents, ferrous chloride is given in 5-7.5 grs. and costs from 6 to 9 cents, 90 grs. (6 gms.) of ferric ammonium citrate costs approximately 5 cents daily, and ferrous sulphate in 9 grs. doses costs about 2 cents daily.

We do not have any experience with the ferrons sulphate, but the use of Bland pills have been somewhat disappointing in our hands. At any rate the response obtained by their administration have not been half as good as those obtained with the iron ammonium citrate. This fact can probably be explained by the work of Bey, Gasfar and Noshokati (12) from Egypt. They claim that ferrons salts are more assimilable but that they rapidly change into ferric salts by exposure and keeping.

Ferric pyrophosphate recommended by Elvehjem et al (10) possesses certain excellent qualities. The iron is held in such firm combination that it does not produce the astringent effects characteristic of other iron satts. It is soluble in neutral solutions, which might give it value in anemia with achlorhidria.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1—Parenteral liver therapy, organic iron in the form of Protoferrina, and iron hypodermically, are expensive preparations and in my experience with the number of cases studied in

- this series the results in the treatment of hypochromic microcytic anemia were very unsatisfactory.
- 2—Intravenous iron administration in rather large doses gives apparently some result in the treatment of this type of anemia, but is very expensive and in every respect inferior to the oral administration of the drug.
- 3—Lextron is effective in the treatment of hypochromic microcytic anemia and probably stimulates the appetite, but is not better and is a great deal more expensive than the iron ammonium citrate per os in maximal doses.
- 4—The response to iron ammonium citrate in 6 gms. daily doses was similar in all cases of hypochromic anemia, whether "idiopathic", associated with hookworm infestation, following hemorrhage, sepsis, or malnutrition.
- 5—The effect of iron ammonium citrate is more striking in the presence of hydrochloric acid.
- 6—In the treatment of hypochromic microcytic anemia with maximal doses of iron we can expect a daily rise of hemoglobin of over 1 per cent.
- 7—Iron ammonium citrate is an effective and economical therapeutic agent for the treatment of hypochromic microcytic anemia. Its quasi dramatical effect is apparent even in the presence of the eitological factors.

REFERENCES

(1)—Wintrobe, M. M.—Anemia: "Classification and Treatment on the Basis of Differences in the Average Volume and Hemoglobin content of the Red Corpuscles" — Arch. of Int. Med.—(Aug. 1934) Vol. 54.2:256.

- (2)—Osgood, E. E.—"Hemoglobin, Color Index, Saturation Index. and Volume Index Standards"—Arch Int. Med. (May 1932) 37:685.
- (3)—**Kaden**, **R. L.** "Clinical Significance of Volume, Hemoglobin Content of the Red Cell". Arch. Int. Mcd. (June 1932) 49: 1032.
- (4)—Suárez, R. M. and O. Costa Mandry— "Hematological Studies in Puertonicans". Trans. of Royal Society of Trop. Med. and Hyg. (May 1934) Vol. XXVII 6:579.
- (5)—Suárez, R. M.—"Clinical Aspects of Un cinariasis". The P. R. Jour. of P. H. and Trop. Med. (Mar. 1933) Vol. VIII 3:299
- (6)—W. O. Cruz.—"Pathogenesis of Anemia in Hookworm Disease Mem. Inst. Oswaldo Cruz (July 1934) 28:391. (Abstracted in the Year Book of General Medicine. Vol. 1934:374.
- (7)—Suárez, R. M., P. Morales Otero y R. Rodríguez Molina.—"Estudio de Dos Casos de Anemia", Bol. As. Med. de P. R. (1929) Año XXII 171:5.
- (8)— Rodríguez Molina R. "Anemia Simple Aclorhídrica". Bol. As. Med. de P. R. Junio 1933) pp. 365:372.
- (9)—Rhoads, C. P., W. B. Castle, G. C. Payne, H. A. Lawson.—"Hookworm Anemia: Etiology and Treat. with Special Reference to Iron". The Am. Jour. of Hyg. (Sept. 1934) Vol. 20 2:291.
- (10)—Elvehjem, C. A., E. B. Hart and W. C. Sherman. "Availability of Iron from Different Sources for Hemoglobin Formation". J. Biol. Chem. (Nov. 1933) 103: 61.
- (11)—Fullerton, Harold W. "Treatment of Hypochromic Anemia with Soluble Ferrous Salts". Edinburgh M. J. (Feb. 1934) 41:99.
- (12)—Bey S. Azmy, M. Gaafar and H. Noshokati.—"Observations on Anemia in Egypt" The Jour. of Trop. Med. and Hyg. (Oct. 15, 1934) Vol. 37.20:311.

INDICACIONES DE LA BRONCOSCOPIA Y LA ESOFAGOSCOPIA *

Casos Interesantes J. H. FONT, M. D. San Juan, P. R.

Las indicaciones clínicas y terapénticas de la broncoscopia han anmentado considerablemente durante los últimos quince años. El progreso en esta técnica auxilar de la práctica médica ha sido tan rápido que a menos que el especialista no se encuentre al día y perfectamente enterado de las constantes investigaciones que se practican en este campo, no podría aplicar los unevos métodos que actualmente se emplean en el diagnóstico y tratamiento de muchas dolencias de las vías respiratorias y digestivas.

llace cosa de diez años el tratamiento de los abscesos del pulmón con auxilio del broncoscopio se consideraba como posible, pero, de momento, impracticable. Hoy, en cambio, el estado patológico en que primero se piensa cuando se trata de la broncoscopia como método de tratamiento, es en el absceso del pulmón precisamente. La broncoscopia está, pues, indicada para eliminar la presencia de alguna obstrucción al drenaje y mejorarlo por medio de la aspiración.

La mortalidad en el absceso pulmonar ha sido siempre muy elevada, habiendo Lord llegado a asegurar, que en esta afección solamente se obtiene la curación de un 11% de casos con el traramiento médico exclusivo; en cambio, Clerf pretende haber curado el 54% con la ayuda del tratamiento broncoseópico.

Pné Kirstein el que descubrió el procedimiento endoscópico en el año 1895, e hizo posible inspeccionar directamente con nuestra vista las enfermedades de la laringe, y aún, en muchos casos, aplicar, también directamente, la terapéntica apropiada. El método de la laringoscopia directa fué después perfeccionado por Killian y sus discípulos, sobre todo por Bruenings, Inabiéndose llegado, por fin, a la traqueobroncoscopia, que fué practicada por Killian por primera vez hace selamente 37 años (en 1897) en la extracción de un cuerpo extraño. Los brillantes progresos realizados con la técnica instrumental, debidos principalmen te a Chevalier Jackson (en la endosco pia peroral), podemos hoy día examinar directamente los bronquios finos, el esórago y el estómago.

En principio, la broncoscopia es mera mente un método de examen especular. Lo único que dificulta el empleo de este método como procedimiento ordinario en todos los hospitales, es el hecho de que para obtener con él resultados seguros y correctos se hace necesario una organización muy especial de dichas instituciones, aparte de la preparación y prác-

^{*} Leido en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R. celebrada durante los días 14, 15 y 16 de diciembre de 1934.

tica indispensables en los que a su apli cación se dediquen.

Creemos, sin embargo, que en no lejano día todo hospital bien organizado tendrá una clínica broncoscépica, a donde el médico y el cirujano puedan enviar los enfermos que sufran de enfermedades agudas o crónicas del tórax para, por lo menos, beneficiarse, si fuere posible, del diagnóstico broncoscópico,

Los laringólogos deseamos sinceramente que se nos brinde la oportunidad de usar el espéculo bronquial y poder así inspeccionar el interior del árbol traqueobronquial y poder rendir después un informe de lo que hemos observado con unestros propios ojos. En caso necesario podríamos practicar una escisión y separar una unuestra de tejidos para la investigación histológica y bacteriológica. Estos especímenes, estarían libres de contaminación lo que facilitaría el examen unicroscópico y la preparación de vacunas autógenas.

En todo caso, sin embargo, diagnóstico y tratamiento requieren la más decidida y leal cooperación entre el internista, el radiólogo, el broncoscopista y el cirujano.

Las indicaciones de la broncoscopia diagnóstica en algunas enfermedades aparecen evidentes en muchas ocasiones, y ello depende del estudio de cada caso particular. La broncoscopia, además de su indicación en las enfermedades cansadas por cuerpos extraños, debe ser considerada como un método adicional, de ayuda, y muica como un substituto de los otros medios diagnósticos y terapénticos,

En férminos generales, podríamos decir que la broncoscopia diagnóstica está indicada en los casos dudosos y de difícil interpretación.

Los estados patológicos más corrieutes, en los cuales está indicada la broncoscopia son, en resnuen, los signientes:

- 1. Bronquiectasia.
- 2. Absceso pulmonar agudo.
- 3. Atelectasia postoperatoria.
- 4. Obstrucción bronquial.
- 5. Absceso pulmonar crónico.
- 6. Asma.
- 7. Disuea idiopática.
- 8. Hemoptisis (inexplicable).
- 9. Tos idiopática.
- Ciertos estados patológicos obscuros del tórax.
- Determinación de la procedencia de espiroquetas, hongos, bacilos de Vincent, etc., aparecidos en el esputo.
- 12. Estados patológicos, en general, que requieran la obtención de una broncografía.

La Lavingoscopia en el Diagnóstico

En un trabajo sobre ráncer de la la ringe presentado ante la Asamblea de la Asociación Médica hace un año, dejamos expuesta la necesidad de practicar la laringoscopia directa acompañada de biopsia para pesquisar los casos dudosos, pues es de gran importancia el diagnóstico precoz del cáncer de la laringe.

Resulta, además, de gran valor diagnóstico cuando se puede determinar la existencia o no de un exudado, con el cual, puédense, asimismo, preparar frotis para el examen bacteriológico y averi guar la presencia de bacilos de Loeffler o de Koch. Todo niño que tose sin cansa conocida debe, pues, ser sometido a la exploración laringoscópica, la única que nos proporciona suficiente certeza diag nóstica.

Laringoscopia en la extracción de enerpor extraños. Los cuerpos extraños que encontramos en la laringe son de la más diversa procedencia. Los que más se observan sou partículas desprendidas de los alimentos, sobre todo esquirlas óseas, espinas, etc. En los niños han podido observarse en el interior de la laringe infinidad de objetos: alfileres, tachuelas, plumas...

He aquí, para ilustrar lo que acabo de decir, la breve historia sobre un caso reciente:

CASO NO. 1

R. A. L., niño de dos años de edad. Nos fué remitido por el Dr. Jenaro Barreras con el diagnóstico de cuerpo extraño en la hipofariuge, aspirado hacía dos días. Fué admitido al Hospital Presbiteriano el 16 de noviembre de 1934, donde le extraje una grapa que estaba alojada en la lariuge, de tal manera que la cabeza había ocupado la cavidad de la glotis en su pla no sagital y las puntas estaban aloja das en los tejidos blandos de la lariuge y pilar posterior izquierdo. El enfermito fué dado de alta curado, cuatro días despnés.

No hay que olvidar que, en ocasiones, han ocurrido casos en que un cuerpo extraño ha permanecido alojado en la lavinge durante meses y años, y alguna vez ha sucedido que niños de corta edad han estado tratados durante largo tiempo como si padecieran de diversas enfermedades del árbol respiratorio, y aún, lo

que es más grave, han sido sometidos a la traqueotomía, creyéndoles afectos de espasmos de la glotis o de difteria, hasta que la expulsión por la tos del cuerpo extraño, o la alarma creciente de los familiares, exigieron una intervención laringoscópica.

Mientras no se proyecte en la pantalla radioscópica un objeto metálico, no se fijará el diagnóstico más que por la investigación laringoscópica.



Caso No. 1-R. A. L.

Broncoscopia en la extracción de cuerpos extraños. Ha pasado ya el tiempo en que los cuerpos extraños alojados en las vías respiratorias o en el esófago eran considerados como una curiosidad de la práctica médica.

Las minnciosas observaciones de Chevalier Jackson, sus profundas investigaciones sobre los estados patológicos producidos por los cuerpos extraños alojados en las vías respiratorias, sus infatigables y abnegados esfuerzos para desarrollar y

perfeccionar la técnica en la extracción por vía endoscópica, han servido no solamente para reunir infinidad de datos nosológicos, sino también para atraer la atención del mundo médico hacia esta materia y que se considere hoy día el cuerpo extraño como un factor etiológico, cuya presencia debe ser considerada en todos los casos de enfermedad aguda o crónica de las vías respiratorias y del esófago.

Cuando al practicar la broncoscopia aparece un objeto localizado en las vías respiratorias, la extracción solamente puede fracasar en casos excepcionales. tal, p. ej., cuando el objeto, llegado allí per aspiración, está sólidamente enclavado y circunscrito por bridas cicatriciales y gramilaciones que impiden, o hacen casi imposible, agarrarlo fuertemente entre los dientes de las piuzas. Cnando el objeto Heva, además, algún tiempo localizado en el árbol respiratorio, puede dar lugar a la formación de bronquitis extensas, con bronquiectasias y cavernas repletas de supuración pútrida que dificultan y complican en gran medida la extracción.

Véase el caso número 2 donde aparecen bien ilustrados estos estados.

CASO NO 2.

R. O., niña de tres años, admitida al Hospital Presbiteriano el día 27 de julio de 1932, sufriendo de tos convulsiva, disnea y gran intranquilidad. Bastó el interrogatorio a los familiares para establecer el diagnóstico. La niña acababa de aspirar una bolita de cristal. Dos tentativas para la extrac-

ción del enerpo extraño resultaron infructuosas. Una semana después fué dada de alta. Se había establecido el período de calma por fijación del enerpo extraño. Al año signiente fuí llamado a la Clínica Pereira Leal en dondo tuve la oportunidad de estudiar el caso.

La niña teuía entonces cuatro años de edad y presentaba el cuadro clínico de supuración pulmonar crónica. El color pálido de su faz dejaba transparentar los maxilares; las uñas aparecían encorvadas. Padecía entonces de una extrema dificultad de la circulación pulmonar, de tal modo que a consecuencia del esfuerzo sobrevenía la cianosis y le acometía una tos extraordinariamente mo lesta por la expectoración abundante y fétida que no le dejaba descansar.

Encontramos marcadísimas alteraciones bronquicctásicas que tenían en su interior acúmulos de secreción fétida. Las cicatrices y el tejido granular se extendían por todo el lóbulo inferior derecho. Aspiramos el exudado espeso y consistente existente en los bronquios lo que produjo alivio iumediato de la enfermita. Recomendamos el drenaje broncoscópico, practicado semanalmente, pues, creímos que era el método más aconsejable, por el momento, para mejorar el drenaje cidiar y alcanzar las lesiones básicas.

Nuestras recomendaciones no fueron aceptadas por los familiares y la uiña fué a parar a manos de los curanderos. Recientemente nos enteramos que había muerto,



Caso No. 2—R. O. (a)



Caso No. 2-R. O.

(c)



Caso No. 2—R. O.
(b)

CASO NO. 3.

C. II., niño de seis años de edad, que el Dr. Pedro Zamora encomendo a nuestro cuidado. Traía el diagnóstico de existencia de cuerpo extraño localizado en el bronquio principal derecho, actuando a manera de válvula. Fué admitido al Hospital Presbiteriano el 18 de agosto de 1934, donde quedó contirmado el diagnóstico que trajera el paciente, extrayéndosele un grano de café crudo de un bronquio derecho y desapareciendo los síntomas inmediatamente.

Debe recordarse que la radiografía señala con toda seguridad la existencia de los objetos metálicos; pero las placas fotográficas de cuerpos extraños de otra naturaleza no tienen más que un valor



Caso No. 3-C. H.

problemático, de ahí que una placa negativa no excluye la existencia de un cuerpo extraño.

Esofagoscopia en el Diagnóstico y Tratamiento. Cualquier sensación anormal de constricción esofágica que persista por algún tiempo y trastorne el funcionamiento normal del esófago constituye una indicación de la esofagoscopia. Son múltiples las cansas productoras del síntoma común de las enfermedades del esófago, o sea, de la disfagia. Existen también vagos síntomas gástricos que pueden ser el resultado de lesiones enyoorigen tiene su asiento en el esófago. El paciente se queja de vómitos cuando en realidad regurgita.

La esofagoscopía en el diagnóstico, huelga decirlo, debe ser siempre precedida de un estudio radiológico, un completo examen físico y la prueba de Wassermanu. La causa aparentemente más común de la disfagia, en ausencia de enfermedad orgánica, suele ser la histeria; pero rara vez en estos casos puede eliminarse del diagnóstico la existencia de una lesión orgánica sin practicar la esofagoscopia. Sin ella correríamos el riesgo de pasar por alto lesiones incipientes de extrema gravedad.

Véase el signiente caso, mny interesante a este respecto;

CASO NO. 4.

A. R., hembra, blanca, de 35 años de edad. Vino al consultorio quejándose de disfagia moderada y ciertas sensaciones vagas en las fauces, que la enferma no sabía describir con precisión. Se había atribuído a la histeria su padecimiento. Practicáronle una tonsi lectomía que fué de ningún provecho. El examen clínico no arroja ninguna luz. Al examen radiológico se descubre una dilatación del tercio inferior del esófago que presentaba el aspecto de una preventriculosis con marcada retención. Practiqué una escisión preliminar para tomar muestras histológicas con qué practicar el estudio anatomopatológico. El laboratorio forumla un dictamen de pólipo adenomatoso.

Remití el caso al Dr. Chevalier Jackson, el cual me informa lo que signe: "Hemos confirmado en todas sus partes el diagnóstico formulado por Ud. sobre la lesión esofágica que padece la señora R. Hay una formación poliposa compuesta de los repliegues del estómago, herniados a través del hiato. La parte herniada no es uny grande, pero presenta considerable edema, debido, en parte, a la constricción de los repliegues

por el hiato diafragmático. Hemos dilatado esta constricción, pasando un esofagoscopio de gran diámetro, y el edema ha desaparecido."

Hace después el Dr. Jackson un interesante resumen sobre este caso en el que discute el diagnóstico, la etiología, el pronóstico y las indicaciones para el tratamiento. Dice que se trata de una gastritis hiperplásica de la parte herniada, y que la gastroscopia no pudo revelar uada anormal en el estómago. "Existe una esofagitis crónica producida por la imundación con el jugo gástrico que segrega la parte herniada del estó unago." Añade que "esta lesión, si lin biera estado localizada en esta viscera sería, propiamente una gastritis poliposa."



Caso No. 4-A. R.

Esojagoscopia en la extracción de cuerpos extraños: Los enerpos extraños que se fijan en el esófago pueden ulcerar la pared de este órgano y, como consecuencia, sobrevenir una peligrosa mediastinitis. Por consiguiente, la extracción de he ser inmediata, sobre todo cuando se trata de esquirlas óseas. El uso inconsulto de la sonda esofágica introducida ciegamente para forzar la obstrucción y empujar el cuerpo extraño al estómago es de mayor peligro que la presencia del mismo cuerpo.

El siguiente caso ejemplitica el valor de la esofagoscopia en estos casos.

CASO NO. 5.

W. S., varón, de 42 años de edad. Micutras tomaba sopas de carne de res a la hora de la cena, se atragantó y sintió una hincada en la garganta. Todos los esfuerzos para la extracción fueron inútiles. El Dr. J. M. Armaiz nos lo remitió y fué admitido al Hospital Presbiteriano el día 14 de marzo, 1934. El examen físico revela un hombre bien desarrollado y bien nutrido, sufriendo de una angustia disfágica y respiratoria horrible.

El examen radiológico demostró la cápsula de bario detenida en el tercio superior del esófago. En la esofagoscopia, practicada al día siguiente, descubrimos un líneso atravesado en el esófago, al nivel de la aorta. Ambos extremos de la izquierda estaban encajados en las paredes laterales del esófago. Agarré con la pinza el extremo clavado en la pared lateral izquierda y, empujando ligeramente hacia la de recha, pude desinsertarlo y colocarlo de modo que el eje mayor coincidiera con el del esófago. Entonces procedimos a la extracción con el extremo distante del esofagoscopio. No linbo reacción alguna y el enfermo pudo tragar sin gran dificultad y con muy poco dolor despnés de la operación.

Fué dado de alta cuatro días des pués, curado.



Caso No. 5-W. S.

El cáncer del esófago es una de las enfermedades más comunes y más graves de este órgano. Podríamos presentar una serie de casos debidamente estudiados y confirmados los diagnósticos por el patólogo, ya que en todos hemos hecho la escisión previa para examen histológico, pero preferimos dejarlo para otra oca sión, en un trabajo especial que dedicaremos a este asunto solamente.

CONCLUSIONES:

La broncoscopia no es hoy día un método que se utiliza como recurso ocasional para la extracción de ciertos cuerpos extraños alojados en las vías respiratorias. Actualmente ha llegado a ser un procedimiento casi corriente, que sirve para complementar la labor del médico y del cirajano en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades torácicas. Cerca del 90% de las broncoscopias que se practican hoy en los grandes servicios de broncoscopia en algunos hospitales tiene por objeto estudiar ciertas enfermedades propiamente dichas y no se refieren a accidentes fortuitos, como es el alojamiento de cuerpos extraños en las vías digestivas o respiratorias. Omitir el uso del broncoscopio en el diagnóstico de la obstrucción bronquial producida por neoplasmas o cualquier otro estado patológico de esta región, es privar al paciente de uno de los recursos más valiosos que posee la ciencia médica moderna en el arte diagnóstico.

La esofagoscopia constituye, pues, un procedimiento necesario e imprescindible, en algunos casos y en el tratamiento de la disfagia.

BIBLIOGRAFIA

Denker, A., y Albrecht, W.

Tratado de Otorrinolaringología, versión de la II^a edición alemana, por el Dr. N. M. Martínez Amador, Gustavo Gili, Editor, Barcelona, 1928.

Font, J. H.

Cáncer de la Laringe, Bol. de la Asoc. Méd. de P. R., Año XXV, Núm. 12, diciembre 1933, pp. 606-609.

Jackson, Chevalier

El Tratamiento endoscópico de las enfermedades supurativas de los bronquios y pulmones—Postulados para la discusión, 11º Congreso Internacional de Otorrinolaringología. Madrid, Sept. 27 a 30 de 1932.

Personal communication.

Jackson, Chevalier and Jackson, C. L.

Bronchoscopy, esophagoscopy and gastroscopy, W. B. Saunders, 1934.

Bronchoscopy observations in post-operative pulmonary complications, Annals of Surgery, Vol. XCVII, April, 1933, pp. 516-527.

Bronchial obstruction, The Pennsylvania Med. Jour., June 1934, Vol. XXXVII, No. 9, p. 740.

Jackson, Chevalier L.

Bronchoscopy in the treatment of pulmonary

diseases, Trans. of the Amer. Ther. Soc., 1930, pp. 101-109.

Esophagial stenosis associated with ulcer of the stomach and duodenum. Trans. of the Amer. Ther. Soc., 1932, pp. 143-148.

Tucker, Gabriel.

Observations in 50 cases of foreign body in the air and food passages, Trans of the Amer. Academy of Ophthalmology and Otorhinolaringology, 1934.

Obstructive Dysnea, The Southern Med. Jour., July 1932, Vol. XXV, pp. 723-729.

The infant larynx, Jour. Amer. Med. Assn., Dec. 3, 1932, Vol. 99, pp. 1899-1902.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Año XXVII.

Julio, 1935

Núm. 7.

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe:

Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador: Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M. Suárez Dr. J. Rodríguez Pastor Dr. Juan A. Pons

EDITORIAL

La publicación en el número de junio de una interesante conferencia del Dr. Morales Otero acerca de la vacunación contra la tuberculosis no debe pasar sin unos comentarios editoriales pertinentes y oportunos.

De notarse es, en primer término, la parquedad y la mesura en las conclusiones, la probidad en las afirmaciones, el carácter científico, en fin. del escrito. Resalta más todo ello cuando se recuerda que este informe es el fruto de la labor investigativa de cuatro años y el resultado de observaciones directas y personales bien dirigidas y orientadas.

Se inició este trabajo en medio de una acusada inquietud pública, aute nuestro grave problema de tuberculosis que había sido vigorosamente denunciado por los hombres de gobierno de entonces y cuando nos sobrevenía el anuncio de un descubrimiento que al decir de algunos era la definitiva derrota de la infección tuberculosa. El prestigio de París nimbaba la cuna del descubrimiento. Había entusiastas propulsores de la medida entre nosotros. Nos sentíamos empujados hacia actuaciones para las cuales no había, ni creemos hay todavía, justificación clara y precisa. Se creyó prudente iniciar investigaciones. Estas empiezan ahora a dar sus frutos con trabajos como el de Morales Otero y como los que aparecen en el número de junio de la Revista de Salud Pública de la Escuela de Medicina Tropical.

Morales Otero aclara ahora en su trabajo, puntos de importancia y trascendencia. Son ellos:

1—Que la forma en que Calmette condujo la aplicación en masa de su vacuna ha sido censurada por el mundo científico por la falta de sistema y la ausencia de contraprueba.

2-Que la vacuna Calmette-Guerin ha de aplicarse durante los primeros 50 días después del nacimiento.

3—Que a la supuesta inmunidad conferida por el B. C. G. no se le atribuye duración de más de 18 meses.

4-Que es necesario separar del ambiente infectado y por espacio de 6 semanas al reciennacido para dar lugar al desarrollo de la inmunidad.

5-Que esto limita grandemente aplicabilidad del sistema.

Sobre estos fundamentos precisamente se estableció entonces la oposición gubernativa a la adopción oficial por ley del sistema.

Ahora se ve que Puerto Rico no se rezagó en el estudio del B. C. G. Antes bien ocupa en ello puesto de avanzada. Es uno de los pocos países en que se ha estudiado con métodos científicos y experimentales. Los cuatro años de investigación entre nosotros así lo atestiguan. Y no han podido todavía dar fundamento científico para la adopción de la vacuna antituberculosa como medida general. Más aún, si se reflexiona sobre ello se verá que aún cuando lo hubiera en lo futuro, la efímera protección otorgada (un máximum de 18 meses) podría tener repercusión en la mortalidad infantil, mas no en la incidencia ni en la mortalidad por tuberculosis a las edades que mayores estragos causa la enfermedad en Puerto Rico.

Por otra parte la aplicabilidad de la medida quedaría restringida a un número de casos de especiales circunstaucias de vida. La contaminación tuberculosa en Puerto Rico empieza a acentuarse en los grupos de edad comprendidos entre los 10 y los 14 años, según investigaciones epidemiológicas hechas al propio tiempo que se efectuaban las de laboratorio a que ahora nos estamos refiriendo. A dicha edad ni alcanza la protección de la vacuna aplicada en la infancia, ni aun cuando se aplicara tan tardiamente, podría esperarse más que una protección pasajera. Por otra parte, su efectividad a esta edad no ha sido demostrada todavía.

Véase ahora cuánta justificación finbo para refrenar entusiasmos y tomar el camino largo y penoso de la experimentación, el estudio y la compilación de datos, antes de lanzarnos a la adopción oficial del halagador sistema que nos llegaba con todo el lustre de lo exótico y lejano.

Puerto Rico, salvo nuevos hallazgos, habrá de seguir en su obra antituberculosa la vía lenta y dura de los demás países. Las vacunaciones en masa en los albores de la vida no rozan siquiera el problema de la tuberculosis del adulto que es el problema de tuberculosis de Puerto Rico en cuanto es este problema social reconocido.

La obra comenzada hace cuatro años no está terminada, debe proseguir y decirnos palabras definitivas. Pero ya podemos mirar hacia el pasado y valorar actitudes. Con noble y estricto sentido de justicia débese, al mismo tiempo que reconocer el valor que tuvieron los espíritus inquietos que despertaban con sus intranquilidades el espíritu de la investigación en las esferas oficiales, reconocerlo en los hombres que tenían la mayor responsabilidad y que aun a trueque de sufrir juicios adversos, demostraron suficiente fortaleza de espíritu para resistir y para, con visión certera persistir en su obra ya comenzada, aun cuando ello no tuviera la brillantez y la sonoridad que otras actuaciones hubieran podido tener, sin perjuicio de acercarse a la novedad con ánimo sereno y curiosidad saludable.

Así marcha la historia, que es al cabo la resultante del forcejeo de fuerzas contrapuestas, necesarias todas para dar a la vida su impulso de ascenso en espiral.

A. F. I.

SALVADO el correctivo ideal del estreñimiento por su sabor agradable.



Cuando se trata de pacientes de un gusto muy refinado o que no pueden tolerar los laxantes más comunes, el salvado puede ser prescrito a entera satisfacción. Esto es así principalmente en cuanto al Kellogg's ALL-BRAN se refiere.

El salvado suple el residuo necesario para una eliminación apropiada; sin embargo, los procedimientos especiales usados en la preparación del Kellogg's ALL-BRAN lo hacen excepcionalmente fino, suave y de un sabor agradable. También es rico en sales de hierro.

Se sirve con leche fría o crema. Kellogg's ALL-BRAN puede prescribirse sin temor alguno en casos de estreñimiento. Un paquete tamaño corriente será enviado gratis al médico que lo solicite.

Rellogg's ALL-BRAN

Representantes:

B. FERNANDEZ & HERMANOS SUCRS..

Apartado 365 San Juan, P. R.

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100 c. c. de GLEFINA contienen:

Glefinol	0,125	grs.
Extracto de malta	16,000	-,,
Hipof. de manganeso	0,036	"
" calcio	0,036	"
" " quinina	0,014	33
" " estricnina	0,004	,,
" " potasio	0,052	22
Jarabe de cacao	30.000	>>
Ext. fluído de naranjas amargas	1,000	3.7
V. c. s. para 100 cc. de producto		

DOSIS

Niños: de 3 a 5 años, de dos a tres cucharadas de las de café al día; de 5 a 10 años, de dos a cuatro cucharadas de las de postre al día; de 10 a 15 años, de dos a tres cucharadas grandes al día. Adultos: de tres a cuatro cucharadas grandes al día. (Salvo indicación facultativa)

GLEFINA debe tomarse antes de las comidas.

IASA

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

FORMULA

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	. 5	gramos
Jarabe de brea	. 40	c. c.
Jarabe savia de pino	. 50	"
Jarabe bálsamo tolú	. 60	2.3
Glefina	150	11

DOSIS

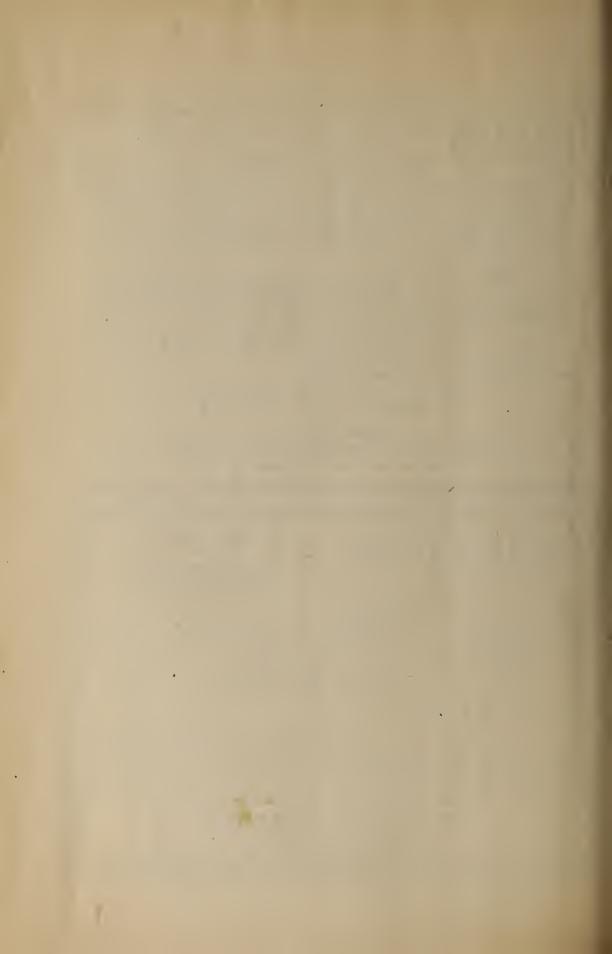
NIÑOS: 3 a 5 años, 2 a 3 cucharadas de las de café al día; 5 a 10 años, 2 a 4 cucharadas de las de postre al día; 10 a 15 años, 2 a 3 cucharadas grandes al día.

ADULTOS: 3 a 4 cucharadas grandes al día. (Salvo indicación facultativa.)

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City-New York.

ENRIQUE VELEZ POSADA-Edificio Ochoa No. 421, Box 1018-San Juan, P. R.



Para ALIVIAR LA CONGESTION

Hinchazones locales, granos dolorosos, contusiones e inflamaciones glandulares reaccionan de una manera satisfactoria cuando se recurre a una aplicación local de

NUMOTIZINE

la "super Cataplasma" antiflogística, antipirética y descongestiva.



Numotizine ofrece en sí muchas v marcadas ventajas sobre las cataplasmas ordinarias. Numotizine proporciona el efecto completo del emplasto de caolina-proporciona calor local y hace disminuir la congestión; además, debido a los ingredientes medicinales que entran en su composición - guayacol, creosota, salicilato de metilo - Numotizine es un agente antipirético y analgésico de gran valor.

Numotizine es de aplicación fácil; fácil para removerse; no deja mancha ni es pegajosa; no causa ampolladuras.

Muestras y literatura serán enviadas si se solicitan.

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St. Chicago, U.S.A.

Robert & Santini,
Distribuidores

Avenida Ponce de León San Juan, Puerto Rico.

Robert	&	Santi	ni,	
Avenida	ı P	once	de	León
San Jua	ın,	Puer	to	Rico

Dept.P.R.7

Sírvanse enviarme muestras de Numotizine para experimentos clínicos.

Nombre _______

Dirección ______

Ciudad ______

Estado_____



VASODILATADOR CORONARIO Y ANTIESPASMODICO

0

las propiedades de las dos drogas en una forma de administración conveniente. La combinación, designada Púlvules No. 229, está indicada en el tratamiento de estados arterioesclerosos asociados a la angina de pecho, y en el alivio del desasosiego, excitabilidad nerviosa, y de los síntomas subjetivos de la hipertensión.



ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

FABRICANTES DE PRODUCTOS MEDICINALES DESDE 1876

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos. Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

- HARVAND UNIVERSITY

INDICE

SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

MAR 1936

PÁGINA

La práctica de la Obstetricia como Especialidad, José S. Belaval, M. D., San Juan, P. R	191
La Difteria entre un grupo de niños de 2 a 5 años de edad — Nota Preliminar —, A. Fernós Isern, San Juan, P. R	197
La Lepra en Puerto Rico, Josefa Velázquez Maceo, B. S., M. S., Río Piedras, P. R	199
Ley de Beneficencia Hospitalaria Pública	204
An Address to the Members of the Pan-American Medical Congress, in San Juan, Puerto Rico, on July 29, 1935, Dr. R. López Nussa, Ponce, P. R	207
EDITORIALES	209

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100 c. c. de GLEFINA contienen: Glefinol -Extracto de malta _____ 16,000 Hipof. de manganeso_____ 0,036 " calcio _____ " quinina _____ " estricnina _____ 0.036 0.014 " potasio _____ 0,052 Jarabe de cacao ______ 30,000 Ext. fluído de naranjas amargas 1,000 " V. c. s. para 100 cc. de producto

DOSIS

Niños: de 3 a 5 años, de dos a tres cucharadas de las de café al día; de 5 a 10 años, de dos a cuatro cucharadas de las de postre al día; de 10 a 15 años, de dos a tres cucharadas grandes al día. Adultos: de tres a cuatro cucharadas grandes al día. (Salvo indicación facultativa.)

GLEFINA debe tomarse antes de las comidas.

LASA

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

FORMULA

300 c.c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5	gramos
Jarabe de brea	40	c. c.
Jarabe savia de pino	50	"
Jarabe bálsamo tolú	60	**
Glefina	150	**

DOSIS

NIÑOS: 3 a 5 años, 2 a 3 cucharadas de las de café al día; 5 a 10 años, 2 a 4 cucharadas de las de postre al día; 10 a 15 años, 2 a 3 cucharadas grandes al día.

ADULTOS: 3 a 4 cucharadas grandes al día. (Salvo indicación facultativa.)

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City-New York.

ENRIQUE VELEZ POSADA -- Edificio Ochoa No. 421, Box 1018 -- San Juan, P. R.

PRESCRIBE

COLE'S MUCI-OKE

(Abelmoschus-Esculentus)

in the

TREATMENT OF "PEPTIC ULCER"

Gastric mucin has been used with varied success in the medical treatment of "peptic ulcer".

A simpler and much more palatable method of mucin therapy can be carried out by the internal administration of Cole's Muci-Oke (Abelmoschus-Esculentus) which contains a large percentage of mucilaginous substance.

COLE CHEMICAL COMPANY St. Louis, U. S. A.

QUALITY PHARMACEUTICALS

ENRIQUE VELEZ POSADA-Edificio Ochoa 421-Apartado 1018-San Juan.



El triste pero INTERESANTE caso de Madame de Sable



La marquesa de Sable tenía gran afición a todo lo bueno y sabroso: gozaba fama de epicúrea; estaba considerada como una verdadera autoridad en gastronomía.

La Rochefoucauld elogió altamente su potaje de zanahorias, su capón con relleno de ciruelas; y estimaba sus trufas más que sus propias "Máximas".

Pero Madame de Sable sufría esa venerable enfermedad que se llama hipocondría. Su mórbida ansiedad por protegerse la salud (que se transformó después en la pasión dominante de su existencia) comenzó inocentemente por un saludable apetito. A pesar de sus cuidados para evitarse todo malestar, la Marquesa permitía, sin embargo, que su gula mandara y que su estómago pagara.

Las ideas de Madame de Sable han encontrado muchísimos imitadores desde el sigo XVII. Hoy, como entonces, los que sufren de neurastenia gástrica, llenos de aprensión, existen en abundancia. Para su estómago sobrecargado, nada mejor que CAL-BIS-MA, porque neutraliza pronto la hiperacidez gástrica, suaviza la mucosa irritada y alivia la incomodidad causada por la formación de gases.



CAL-BIS-MA está compuesto de carbonato de magnesio y bicarbonato de sodio, para la neutralización rápida; subgalato y subcarbonato de bismuto, que pro-tegen las paredas estomacales; y caolín coloidal, que adsorbe los gases del estómago y las substancias tóxicas

CAL-BIS-MA para la hiperacidez

WILLIAM R. WARNER & CO., Inc., 113 W. 18 St., New York, E. U. de A.

LOS 0105 ..

SU CUIDADO Y PRESERVACION



La conservación de la vista es tan importante como su restauración.

El uso diario del VICOLIRIUM de Wyeth
mantiene la higiene normal de los
ojos y restaura a su estado saludable las
membranas congestionadas e irritadas.

EL VICOLIRIUM de Wyeth es una solución que consiste de borato de sodio y ácido bórico en agua de laurel cerezo, y ácido bórico en agregado una cantidad a la que se ha agregado una cantidad pequeña pero efectiva de antipirina.

EL VICOLIRIUM de Wyeth satisface los requisitos de un colirio inofensivo, puesto que al aplicarlo no provoca el flujo de lágrimas causado por cualquier irritación física o química.

El conveniente tapón con copa para los ojos es una característica exclusiva del VICO-LIRIUM de Wyeth.



JOHN WYETH & BROTHER
INCORPORATED
PHILADELPHIA, E. U. do A.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

AGOSTO, 1935

Núm. 8

LA PRACTICA DE LA OBSTETRICIA COMO ESPECIALIDAD*

JOSE S. BELAVAL, M. D. San Juan, P. R.

Dice De Lee, en la introducción a su hermosa obra Principios y Práctica de la Obstetricia, lo siguiente: "While obstetrics is the most difficult and arduous of medical practice, it at the same time is, the most gratifying. Nowhere can the Physician accomplish so much, both in prevention of disease and accidents, and in treatment and operation. The accoucheur very often has the positive conviction that without him either mother or child, or both would have perished."

Tratar un caso de eclampsia en su fase convulsiva, extraer una placenta retenida, practicar una versión podálica, aplicar un forceps, etc., etc., la mayoría de las veces en condiciones poco satisfactorias, sin ayuda adecuada, y obligado por la fuerza de las circunstancias, no es practicar la obstetricia voluntaria v consciente, sino obedecer a la necesidad, labor ruda, penosa y poco atractiva. Por el contrario, penetrar con interés y cariño en el estudio de los múltiples problemas de la tocología como especialidad científica, preparándose con entusiasmo para poder estar capacitado prestando nuestra ayuda a nna mujer en los momentos más trascendentales en la vida de la especie, pero más crueles de su vida

Pero no ha de pensarse, sinembargo, que en la práctica científica de la tocología, todo será miel sobre hojuelas; de ningún modo. La práctica obstétrica nos reserva, secretamente ocultos en sus intrincados problemas, tantos fracasos, tantos sinsabores, que con frecuencia nos hará dudar de nuestra capacidad y buen juicio, aunque bien es verdad que esto que decimos es aplicable a la profesión médica en general y todos los médicos hemos de pasar por duras pruebas. ¿Qué sería la vida, sin la lucha por vivirla? ¿Habría algún placer en alcanzar el éxito suave y dulcemente sin sufrir algún descalabro en la consecusión de nuestro ideal? Por el contrario, todos los tropiezos, todos los fracasos y sinsabores que experimentamos en esta lucha, necesariamente han de templar nuestro espíritu, y servirnos de incentivo, para continuar con más valor, con más fé, el estudio concienzudo, leal y sincero de la rama profesional de nuestra preferencia.

A mi juicio, lo primero que debe hacer

individual, aliviando sus dolores, mitigando sus sufrimientos, confortando su espíritu agobiado y dirigiéndola con tacto e inteligencia para que salga felizmente en tan duro trance, es labor digna y meritoria que proporciona al médico asistente un profundo regocijo, con la satisfacción que produce el deber cumplido.

^{*} Conferencia leída en la Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez celebrada el día 24 de febrero de 1935.

el médico que tiene inclinación a la tocología, es convencerse que está dispuesto a sacrificar su libertad de acción y a rendir un servicio obligatorio que ha de convertirle en un esclavo profesional. El tocólogo no puede hacer planes para ordenar su vida conforme a sus gustos e inclinaciones, pues la experiencia se encargará de convencerle, que cuanto más proyectos prepare, cuanto más los acaricie, tanto más fácilmente se los desvanecerá el grito del dolor de una madre angustiada que le llama a su lado. Afortunadamente, y por experiencia propia puedo asegurarlo, pronto aprenderemos a encontrar cierto placer en esta incertidumbre de nuestra vida de centinela alerta a que nos somete nuestra es-Y llegaremos a encariñarpecialidad. nos con nuestro modo de vivir cuanto más amor e interés sintamos por nuestra especial profesión. Por el contrario, si hemos de escoger la obstetricia como un simple modus vivendi, única y exclusivamente por creerla un oficio fácil y remunerador, nos habremos equivocado dolorosamente, y muy pronto llegaríamos a aborrecerla de tal modo, que ello nos impediría rendir la humanitaria labor que tiene derecho a esperar de nosotros la sociedad en que vivimos.

De acuerdo con el moderno concepto de la obstetricia, el tocólogo debe ser un profesional que reúna a su vez las cualidades del internista y del cirnjano. Sus conocimientos médicos habrá de emplearlos en visitar a la madre durante nueve meses, dirigiéndola por el peligroso sendero del embarazo, previniendo y tratando oportunamente cualquier complicación o accidente, de esos que si no fuesen corregidos a tiempo pudieran poner en grave riesgo su vida. Función es ésta que corresponde a la medicina interna,

más aún, a la medicina preventiva. Por otra parte, tan pronto, se presenta el amago de aborto, o el comienzo del parto, sus funciones caen de lleno en el campo de la cirugía, y el tocólogo debe estar preparado y equipado, moral, material e intelectualmente para hacer frente a cualquier complicación obstétrica que pueda presentarse en el curso del alumbramiento, practicando todas las intervenciones que pudieran ser necesarias para llevar a feliz término este acto maternal.

No creo decir nada nuevo. Esta opinión es la mantenida por los eminentes tocólogos americanos, Joseph B. de Lee de Chicago, Paul Titus de Pittsburgh, Barton C. Hirst, de Filadelfia; Irving W. Potters, de Bufalo, y otros. mente el Dr. Walker Gossett, de Louisville, Kentucky, aboga porque el comadrón practique exclusivamente intervenciones del parto que puedan llevarse a cabo por medios naturales: sosteniendo que la operación cesárea es una intervención abdominal, que debe practicarla únicamente el cirujano especialista en laparotomías. Nosotros no podemos compartir esta opinión, pues creemos que, si bien la operación cesárea es una intervención abdominal, ella está, tan íntimamente relacionada con la práctica de la obstetricia, que cae de lleno en el campo de esta especialidad y debe ser efectuada por el mismo tocólogo, si es que éste merece ese título.

Se ha dicho con frecuencia que la obstetricia no ha progresado a la par con las demás ramas de la ciencia médica. Francamente, no vemos la justificación de una afirmación tan rotunda, y basta un recorrido por la voluminosa literatura sobre el particular, para que pronto nos convenzamos de que el progreso

ha sido rápido, quizás demasiado rápido, lo que ha dado por resultado la aparición de teorías radicales y de lo que pudiéramos llamar prácticas ultraradicales al aplicar esas teorías. Pero con el alumbramiento no valen radicalismos. Así hemos visto al eminente tocólogo Dr. Irving W. Potters, de Buffalo, que contraviniendo los principios básicos v fundamentales de la práctica obstétrica lanza a los cuatro vientos su insólita opinión de que toda gestación debe ser terminada en el momento oportuno, por una dilatación manual del cuello seguida de una versión podálica, si no hay desproporción entre el feto y la madre, y si la hubiese, por una cesárea. otras palabras, que no debe permitirse a ninguna mujer terminar normal v espontáneamente su parto. Como si este acto no fuese, la mayoría de las veces. un acto fisiológico normal.

Nosotros tuvimos la fortuna, hace algunos años, de acompañar al Dr. Potters en su trabajo diario durante una semaua, y pudimos observar la habilidad desarrollada por aquel maestro en la ejecución de estas dos intervenciones, cuyo resultado estadístico puede equipararse con el de cualquier otro tocólogo de su categoría. Su teoría, por fortuna, no tuvo muchos prosélites, sino que, por el contrario, fué muy combatida, y decimos "por fortuna", porque el procedimiento, que en sus manos privilegiadas era de tan brillantes resultados, si se hubiese propagado entre profesionales de manos torpes, atrevidas e inexpertas, sólo hubiera contribuído a aumentar nuestra ya crecida mortalidad obstétrica. Debemos, sinembargo, reconocer, en honor a la verdad, que la técnica de la versión podálica por el método de Potters es un hallazgo magistral, y que su aplicación en casos en que está clásicamente indicada esa versión nos ha dado brillantes resultados, facilitándonos el procedimiento y seguramente permitiéndonos salvar la vida a algunos infantes.

Más aún, para convenceros del progreso alcanzado en la obstetricia, sólo nos bastaría recordar los tiempos de antaño. cuando nuestras abuelas y nuestras pobres y sufridas madres, daban a luz atendidas por comadronas sin los conocimientos más rudimentarios del mecanismo del parto, y menos aún de los principios de la asensia. La presencia del médico era requerida únicamente en los casos de urgencia y siempre para resolver de momento alguna distocia o complicación, que quizás pudo evitarse, si el tocólogo hubiese vigilado el alumbramiento desde su comienzo. Hov, por el contrario, el público va educándose y exigiendo mavores garantías en el cuidado y atención de las gestantes y parturientas. Las señoras de nuestra clientela narticular acuden a nosotros desde el comienzo del embarazo, sometiéndose gustosamente a nuestros consejos y enseñanzas, preparándose así, durante el largo período de la gestación, para llegar al momento del parto en las mejores condiciones de salud.

El obstetra consciente de su misión deberá corresponder a la confianza que en él deposita su clientela, observando cuidadosamente las mujeres en estado grávido y en el momento del parto para poner en práctica todos los métodos de investigación clínica que afortunadamente tenemos hoy día a nuestra disposición. Deberáu anotarse cuidadosa y repridamente las observaciones de la presión arterial, los resultados de los uroanálisis, el examen químico de la sangre, y todos los síntomas subjetivos que fueren apa-

reciendo, lo que unido al examen físico nos permitirá reconocer las toxemias gravídicas en sus comienzos, tratándolas enérgica y oportunamente, previniendo y evitando así las eclampsias que van siendo cada vez más raras en la clientela particular. Nosotros no hemos observado ni un solo caso en los últimos diez años en nuestros casos particulares.

Los estados anémicos tan comunes en las mujeres embarazadas de nuestro país, deberán ser objeto de un detenido estudio hematológico, para determinar su tipo y variedad, y tratarlos según las circunstancias que exija cada caso particular, para contribuir de esta manera a fortalecer la madre y, por ende, mejorar el fruto de la concepción. Las endocervicitis, vaginitis, bartolinitis, ya sean específicas o no, las infecciones focales de los dientes, de las amígdalas, de la nasofaringe, las piodermitis, forunculosis, etc., etc., indagadas y tratadas oportunamente, eliminan factores que pudieran ser causas determinantes de futuras infecciones puerperales de tipo endógeno.

La pelvimetría deberá ser practicada a ser posible en los primeros meses del embarazo, porque al final de éste, las gestantes, por lo general, aumentan en tejidos grasos, y las medidas son entonces muy inexactas. La determinación rigurosa de la posición, presentación y tamaño relativo del feto, son de suma importancia, así como también el diagnóstico de la multiplicidad y malformación fetal. No debemos olvidar que los vayos X, son un poderoso auxiliar nuestro para la formulación de estos diagnósticos. Precisamente hemos tenido varios casos que ponen de manifiesto la importancia de un estudio roentgenológico de las gestantes. En uno de ellos el Dr. González Martínez diagnosticó muy hábilmente a los cuatro meses y medio de gestación la existencia de fetos triples. En otro, el Dr. Ruiz Cestero comprobó un embarazo de gemelos, y, por último, pero no menos importante. el Dr. Sierra Malavé confirmó un diagnóstico nuestro de monstruo anencefálico a los siete meses y medio de gestación, permitiéndonos provocar el parto prematuramente y evitar de este modo a la gestante seis semanas de un embarazo molesto, y evitar quizás un parto distócico que pudo poner en peligro su vida,

Llegado el parto, nosotros continuamos crevendo, a pesar de la autorizada opinión de Lee, que por lo menos en Puerto Rico, nuestras parturientas tienen sus vidas más garantizadas, hospitalizándose en una buena clínica de maternidad. donde pueda ofrecérseles todos los recursos terapénticos, profilácticos y quirúrgicos, que la tocología moderna ha puesto a nuestra disposición para conducir a feliz término un alumbramiento, que permaneciendo en sus hogares, donde el éxito, si surge una complicación, depende muchas veces de la suerte y las facultades de improvisación del tocólogo. por eso negaremos que sea imposible atender debidamente un parto en una casa particular, si rodeamos a la parturienta de la atención necesaria instalando una sala de maternidad de urgencia en el mismo hogar; pero esto resulta tan costoso que no está al alcance de la inmensa mayoría de las personas que componen nuestra clientela. Además, si surgen complicaciones o accidentes inesperados, nuestra responsabilidad será mucho mayor, porque careceríamos del auxilio de todo el personal de una institución especialmente dedicada a la maternidad, que podremos utilizar y poner a nuestro servicio en caso de urgencia.

Aún así y después de poner en juego todos los recursos que hemos reseñado someramente, tendremos siempre inevitables fracasos que serán mucho más dolorosos y resonantes cuando ocurren en manos del especialista. Pero, ¿quién puede evitar una embolia pulmonar que arrebata de nuestras manos casi repentinamente una madre en la plenitud de la ¿Quién puede evitar la extrangulación de un niño por el cordón umbilical arrollado varias veces alrededor del cuello? Y, sin embargo, el público indocto, que juzga las cosas superficialmente, nos hace injustamente responsables de estas fatalidades que tanto deploramos, pero que no podemos prever porque a ello no llegan todavía nuestras facultades prognósticas.

Cuanto dejamos expuesto se refiere a la práctica de la obstetricia en la clientela particular, pero es indudable que toda embarazada, pobre o rica, nor el solo hecho de su estado, tiene derecho a los mismos cuidados y a que la sociedad provea medios para su asistencia. Desgraciadamente la inmensa mayoría de las gestantes de nuestro país, y hoy día igual que antaño, lo mismo que en tiempos de uuestras abuelas, tienen necesariamente entregarse en manos comadres curiosas y comadronas inexpertas, que no se acuerdan de llamar al partero sino cuando el accidente ha surgido y el mal es ya irreparable.

En un trabajo que leímos en una reunión de la Asociación Médica en los Baños de Coamo, allá por el año 1914, asegurábamos que las comadronas por su ignorancia, ineptitud e incapacidad, constituían un grave riesgo para nuestras mujeres gestantes, pero conveníamos en que, dadas las condiciones sociales de nuestra isla, cuya asombrosa fecundidad

va in crescendo constantemente, y el estado de penuria de nuestro pueblo, resultaba a todas luces imposible poderle prestar asistencia médica adecuada a todas las embarazadas y parturientas, y que, por lo tanto, la comadrona constituía un mal, pero un mal necesario, y para remediarlo se requería una importante disposición legislativa, para lo cual recomendábamos la creación de una verdadera escuela para comadronas, donde éstas pudiesen hacer su educación y prepararse científicamente para ejercer su oficio.

Han transcurrido veinte años y aún continuamos la práctica increíble e insensata de graduar comadronas que se presentan a tomar exámenes más o menos teóricos, provistas de un simple certificado de práctica que les proporciona algún hospital o clínica particular. Ni la Legislatura de Puerto Rico, ni institución privada alguna, han juzgado de importancia la creación de una verdadera escuela técnica de parteras, donde al igual que las que funcionan con tanto éxito en Suecia y Noruega, se les exija a las aspirantes a ingresar en ella cierta educación preliminar, escolaridad científica previa, que las prepare para comprender mejor la instrucción teórica y técnica que han de recibir después. Este sería el único camino para llegar a la creación de un cuerpo técnico, de una nueva clase profesional que habría de constituir una garantía para la seguridad de las infelices madres puertorriqueñas, para las infelices mujeres que no pueden ser asistidas por un médico general o por un especialista, y continúan como en los viejos tiempos, entregadas a la caridad o la codicia de la primera comadre ignorante y atrevida que se ofrece a atenderlas.

No hace mucho tiempo que el Depar-

tamento de Sanidad Insular, dándose cuenta exacta de esta situación, ha llevado a cabo un loable pero equivocado esfuerzo, creando un cursillo teórico para la preparación de comadronas auxiliares. Dicho curso carece de instrucción práctica alguna, a no ser la práctica defectuosa que ellas mismas hayan podido obtener en el ejercicio clandestino de la profesión. Nosotros, con todo el respeto y consideración que nos merece dicho Departamento y la indiscutible capacidad de los profesionales que rigen sus destinos, nos permitimos, sin embargo, pronunciarnos en contra de este defectuoso método de enseñanza, y afirmamos rotundamente one esos cursillos superficiales de teorías mal digeridas, ofrecido a mujeres sin preparación escolar básica de ninguna clase que les permita comprenderlo y apreciarlo, en nada mejorará la situación actual, y sólo tendrá por resultado legalizar la práctica inconsulta, torpe v clandestina de la obstetricia que estas pobres mujeres venían realizando.

Un Gobierno como el de Puerto Rico, que invierte cientos de miles de dólares en el sostenimiento de la Universidad, que ha construído muchos flamantes y lnjosos edificios para recluir delincuentes, que pudo edificar un espléndido manicomio para albergar desgraciados seres desprovistos de razón, que está construvendo desde hace varios años un suntuoso palacio capitolino, para rennir bajo la augusta rotonda de su techo con gran pompa y boato a los llamados representantes de la opinión pública; un gobierno, repito, cuvos representantes han realizado tan magna obra, tiene en mi concepto el ineludible deber de mejorar la desgraciada situación en que se encuentran las desgraciadas e impecunes madres puertorriqueñas.

La creación de una escuela de comadronas, científicamente dirigida y organizada, que pueda graduar anualmente un grupo de profesionales honradas, inteligentes, discretas, con verdadera preparación teórica y práctica y a quienes pueda confiárseles la delicada y responsable misión de cuidar conscientemente nuestras parturientas, es un problema de suma importancia que debe resolver toda sociedad civilizada.

LA DIFTERIA ENTRE UN GRUPO DE NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD

(Nota Preliminar)

A. FERNOS ISERN, M. D.

Director Médico de las Escuelas Maternales de la P. R. E. R. A. San Juan, P. R.

En una investigación reciente llevada a cabo entre los niños de las Escuelas Maternales para determinar la presencia de portadores de difteria, se han obtenido los resultados que pasamos a comunicar.

Se tomaron muestras de exudados en las escuelas ubicadas en los siguientes pueblos de la isla durante el año escolar 1934-1935:

Yabucoa	Comerío
Quebradillas	Caguas
Naguabo	Ponce
Fajardo	San Germán
Canóvanas	Río Grande
San Juan	Guayanilla
Bayamón	Cayey
Barranquitas	Lajas
Morovis	Aguas Buenas
Río Piedras	Barceloneta

Examinóse un total de 420 frotis de la nariz y 421 frotis de la garganta.

De los 420 niños cuyos frotis de la nariz fueron examinados, siete resultaron

portadores; uno tenía 5 años de edad, otro 4 años, 3 tenían 3 años y en los otros dos no se anotó la edad.

De 421 a los que se les examinó la garganta, resultaron positivos 6: uno de 4 años, tres de 3 años y a dos se les desconoce la edad.

El número de exámenes que resultaron positivos es aproximadamente de 1-1|5% en cualquiera de los dos grupos de escolares. Si aceptáramos este porcentaje como válido para aplicarlo a los 1307 niños matriculados actualmente en las Escuelas Maternales, habrían de encontrarse de 15 a 16 portadores de difteria en el número total de los niños matriculados. Recnérdese que la edad de los niños que acuden a las Escuelas Maternales fluctúa entre 2 y 5 años, aunque en algunos casos excepcionales esta regla no se ha seguido al pie de la letra.

Para determinar la susceptibilidad a la difteria de estos niños se practicaron 766 pruebas de Schick. El resultado obtenido puede verse en la siguiente tabla:

GRUPO DE EDADES	POS	ITIVOS	NEGATIVOS	TOTAL	
GROFO DE EDADES	Núm.	%	NEGATIVOS	TOTAL	
De 5 a 6 años	26	231/2	85	111	
De 4 a 5 años	90	$23\frac{1}{2}$	178	268	
De 3 a 4 años	102	$35\frac{1}{2}$	154	256	
De 2 a 3 años	65	$50\frac{1}{2}$	64	129	
Menores de 2 años	2	100	0	2	

Las escuelas maternales deben limitar su trabajo a la población infantil comprendida dentro de este grupo de edad entre 2 y 5 años. El 44½% de estos niños son susceptibles a la difteria de acuerdo con las cifras anteriores (Promedio de 2 a 5 años). Como parece que la susceptibilidad disminuye con los años (de 2 a 3 años alcanza a la mitad del total de los que componen el grupo; de 3 a 5 años llega alrededor de un tercio, y de 5 en adelante, es menor de la cuarta parte), proponemos como medida pública el sistema de vacunas sin Schick a los menores de 3 años y el de aplicación de prue-

ba de Schick a los mayores, vacunando a los positivos.

En los casos de portadores observados por nosotros no se practicaron pruebas para determinar la virulencia. El número de positivos es de todos modos poco elevado y tal parece que si hay tan pocos casos de difteria en este grupo de edad se debe, más que a la inmunidad natural, a la ausencia de portadores entre los niños de esas edades. Será preciso comprobar este hecho con nuevas investigaciones, que habremos de emprender próximamente.

LA LEPRA EN PUERTO RICO*

JOSEFA VELAZQUEZ MACEO, B.S., M.S.

Del Departamento de Biología de la Universidad de Puerto Rico. Río Piedras, P. R.

El número de casos de lepra en Puerto Rico es mucho menor que lo que podría suponerse, si tomamos en consideración el alto coeficiente de casos endémicos que existe en los países circunvecinos. Esto no quiere decir que el problema de esta enfermedad no merezca ser considerado como una amenaza a la salud de nuestros habitantes y que aquí no se combata con la misma energía que en otros países menos afortuna-Antes del año 1926 existía aquí una Leprosería en un islote a la entrada del puerto de San Juan, llamado Isla de Cabras, un pedazo de tierra largo y angosto, árido y desprovisto de vegetación. Con anterioridad al año 1900 los leprosos estuvieron aislados en un menguado hospitalillo, pobremente equipado, situado en la vecindad de los manglares de Puerta de Tierra, un poco por detrás de lo que es hoy el Hogar Infantil.

Por esa época eran muchos los partidarios del aislamiento absoluto de los enfermos atacados de lepra; de ahí que la Isla de Cabras pareció entonces el sitio más apropiado para este fin. Quevedo Báez (1904), (1) abogando por mejorar las condiciones de estos seres desgraciados, demuestra la necesidad de su aislamiento, para facilitar así la mejor observación y estudio del enfermo e impedir la difusión de la enfermedad. El mismo año (1904) Carbonell(2) explica las dificultades que a veces ofrece el diagnóstico de la lepra y como en ocasiones, muchos casos de personas aparentemente leprosas eran aisladas conjuntamente con casos comprobados, v aboga por la necesidad de un nuevo edificio separado del de los enfermos, donde los casos sospechosos pudieran ser estudiados antes de hacer su ingreso definitivo en la Leprosería. Su opinión surtió un efecto inmediato en el público v en las autoridades sanitarias de entonces. pues se construyó un edificio para cuarentenar los casos sospechosos, separado de las casetas destinadas a los leprosos. Figueroa(3) en 1916 informa que entre las razones por las cuales existen pocos casos de lepra en la Isla, se encuentra, y ello es de gran importancia, que los leprosos se hallaban completamente aislados en el islote de Cabras.

En el año 1926, siendo Comisionado de Sanidad el Dr. Pedro N. Ortiz, (4) fué tal el movimiento de la opinión pública criticando las condiciones pésimas en que se hallaba el Leprocomio de Isla de Cabras, que se decidió, por fin, trasladarlo a la Isla de Puerto Rico. Actualmente la Leprosería se encuentra situada en la jurisdicción de Trujillo Alto y como a 20 kilómetros de la ciudad de San Juan, ocupando un área de 42 acres de terreno fértil y poblado de árboles. El actual Leprocomio tiene cabida para 60 pacien-Las edificaciones consisten en un edificio de administración, otro con salón de recreo, dos casas para comedores.

^{*} Conferencia dictada el 9 de noviembre de 1934 en la reunión mensual del Club Peripatus de la Universidad de Puerto Rico, en Río Piedras, Puerto Rico.

parque de recreo y casetas separadas para habitación de los enfermos.

El Dr. Palacios (5) (1928), en sus estudios sobre la epidemiología de la enfermedad en la Isla, hace notar que la lepra aquí demuestra una marcada predilección por la región de la costa, va que los únicos dos focos encontrados en el interior (en los pueblos de San Lorenzo v Coamo) son de dudosa existencia. se considera la distribución de los casos. obsérvase que la proximidad al mar constituve probablemente un factor que favorece el desarrollo de las lesiones leprosas. Esta fué una de las muchas razoues aducidas por la opinión pública que más influyeron para destruir el viejo Leprocomio de la Isla de Cabras, y trasladarlo al sitio que actualmente ocupa.

Según Palacios, existen ocho zonas de lepra en la Isla, a saber:

- 1. Zona Este--- que comprende las jurisdicciones de Naguabo y Fajardo, dos de los focos más importantes.
- 2. Zona Noreste—comprende San Juan, Bayamón, Río Piedras, Trujillo Alto y Cataño.
- 3. Zona Norte— comprende Vega Baja, Barceloueta, Manatí y Arecibo.
- 4. Zona Noroeste— comprende Quebradillas, Isabela y Aguadilla.
- 5. Zona Oeste— comprende Añasco y Mayagñez.
- 6. Zona Suroeste— comprende Yauco y Guánica.
- 7. Zona Sur Central—comprende Ponce, Juana Díaz, Santa Isabel. Coamo y Salinas.
- 8. Zona Sureste—comprende Guayama. Arroyo, Patillas, Yabucoa y San Lorenzo.

La distribución de la enfermedad, a lo que parece, no tiene relación alguna con la densidad de la población. Los princi pales focos están situados a una altura

media de 15 a 20 metros sobre el nivel del mar en parajes cuya temperatura media oscila entre 77, 78 ó 79 grados F. Aparentemente la distribución de las lluvias no tiene relación alguna con los focos existentes.

Por estudios practicados sobre casos aubulatorios que han aparecido en distintas comarcas del país se ha podido determinar que en los pueblos del interior han existido en varias ocasiones casos de la enfermedad, y por consigniente, oportunidades de contagio. No se sabe aún si hay algún factor desconocido que influya de algún modo sobre esta aparente resistencia de los habitantes del interior. Palacios estima que entre los casos registrados, desconocidos, frustrados, en período de incubación e incipientes hay alrededor de 500 en total en la Isla, o sea, de 0.3 por mil habitantes.

La lepra no respeta edad, sexo, razas ni posición social. Tenemos en la Isla casos de lepra nodular, nerviosa y mixta. en ambos sexos y lo mismo en la población adulta que en la infantil. Según las estadísticas de 1927 había un total de 58 leprosos en el Leprocomio Insular, de los cuales 40 eran varones y 18 hembras. Treinta y seis pertenecían a la raza blanca y 22 a la raza de color; 21 casos eran del tipo nervioso, 27 del nodular y 10 de lepra mixta.

En el 1910(6) el Dr. Font y Guillot publicó un análisis numérico sobre los estudios referentes a la reacción de Wassermann en la lepra, hechos por el Dr. Alberto Recio en la Habana, Cuba. Hasta el año 1926 no se llevó a cabo en Puerto Rico un estudio de esta naturaleza. Según el Dr. Movales Otero(7) que practicó un estudio serológico completo, se encuentra entre los leprosos un alto porcentaje de reacciones Wassermann posi-

De 42 pacientes examinados por el método de Noguchi (7), el 69.47% dió reacción positiva, que se distribuyen entre las siguientes formas patológicas: de lepra mixta, 70% reacciones positivas; lepra nodular, 68.42%; lepra nerviosa, 46.15%. Con el método de Kolmer(8) los porcentajes fueron más altos, resultando un total de 78% reacciones positivas distribuídas entre casos que padecían las siguientes formas clínicas: con lepra nodular, 85%; con lepra mixta, 100%; con lepra nerviosa, 25%. Con la prueba de floculación de Kalın(9) el porcentaje de reacciones positivas fué más bajo: 46.61% en total, de los cuales 30.61% padecía de lepra nerviosa, 63.15% de lepra mixta y el 40% de lepra nodular. Al estudiar este mismo autor el líquido cefalorraquídeo (10) de 27 leprosos encontró solamente 6 casos que dieron reacciones positivas; pero es de advertirse que estos casos sufrían también de sífilis.

Por estos últimos datos se llega a la conclusión de que la sífilis es bastante frecuente entre los leprosos de Puerto Rico, pero también que hay un número de leprosos no sifilíticos que dan reacción Wassermann positiva. Para explicar estas reacciones positivas habría que pensar que la sangre del leproso contiene una substancia lipoide capaz de fijar el complemento en presencia de un antígeno (11). Morales Otero y Hernández(12) también han estudiado la química de la sangre en cierto número de casos confirmados de lepra. Encuentran estos autores que la enfermedad no altera los valores normales de ácido úrico, creatinina, azúcar y nitrógeno no proteico. Cuando hay un aumento de estas substancias superior al normal en los casos de lepra, es porque casi siempre hay también complicaciones nefríticas coexistentes con la enfermedad. Las concentraciones de calcio, cloruros y fosfatos tampoco se separan de lo normal(13); sin embargo, nótase evidentemente una disminución del contenido colesterínico. Los pacientes tratados con éteres etílicos de aceite de chaulmugra revelaban cifras más altas que los que estaban sometidos a otros tratamientos.

Hasta el día de hoy ha sido poco menos que imposible cultivar el bacilo de Hay numerosas comunicaciones de varios autores que aseguran haberlo cultivado y logrado producir lesiones experimentales, en animales de laboratorio, pero aparentemente ninguno hasta la fecha ha basado sus experimentaciones en una técnica rigurosa, siguiendo estrictamente los postulados de Koch. McKinley y Soule (14) llevaron a cabo ciertas investigaciones en Puerto Rico, con objeto de cultivar el bacilo, tratando de producir lesiones experimentales con tejido leproso y con los cultivos procedentes de dichos tejidos. Inocularon trece monos, ocho Macaccus rhesus y cinco cebús. En siete de los macacos y los cinco cebús aparecieron nódulos a eso de los dieciocho a los veinte días después de inoculados. Los nódulos provocados con la inoculación erau de consistencia dura, rojos y firmes, y sólo en nu caso hubo ulceración. Todos estos nódulos, según los autores, desaparecieron al cabo de diez o doce días.

Después de experimentar en varios medios de cultivo variando las condiciones del experimento, comunicaron McKinley y Soule haber cultivado un organismo ácidorresistente, cuyas colonias aparecen descritas como de tamaño muy pequeño, de aspecto mucoso y bordes filamentosos, que únicamente crecen en un medio

ambiente que contenga un 10% de CO. Los medios de cultivo más convenientes resultaron ser los que contenían glicerol o huevo. A medida que trasplantaban las colonias se hacía más difícil el cultivo de las mismas y así vemos que de 30 siembras que practicaron, la primera vez sólo obtuvieron 11 cultivos, y de éstos únicamente crecieron cinco al resembrarlos, pereciendo finalmente los cultivos originales. Cou los cultivos obtenidos inocularon 10 macacos y 7 cebús, habiendo observado en 5 macacos y 5 cebús los mismos nódulos aparecidos en los monos anteriores.

Sin negar importancia a todos estos trabajos experimentales de investigación creemos que deben ser objeto de un estudio más minucioso para poder confirmar su validez. La bibliografía médica del país referente al tratamiento empleado en nuestros leprosos, es muy escasa. El Dr. Ortíz en 1920, (15) ensayó por la primera vez los éteres etílicos de ácidos grasos de chaulmugra, adicionándole 2% de vodo, siguiendo el método empleado en el Hawaii. La invección del medicamento por vía intramuscular resultó sumamente dolorosa y producía abscesos profundos. No obstante, parece que hasta los enfermos con lesiones más avanzadas daban señales de alguna mejoría. Después de muchos ensayos se atrevió el Dr. Ortiz ensayar los éteres etílicos por vía endovenosa (16), obteniendo, según asegura, muy buenos resultados. En vista de esto, en julio de 1925 el Departamento de Sanidad (17) preparó una reglamentación apropiada con el objeto de dar de alta provisionalmente a los enfermos aparenteniente curados. Este reglamento fué aprobado por el Consejo Ejecntivo de Puerto Rico en agosto del mismo año. Por virtud de la ley creóse entonces una Jun-

ta compuesta del Jefe del Negociado de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Sanidad, el Director del La boratorio Biológico y un miembro de la Junta Insular de Sanidad nombrado por el Presidente de la misma. Según las reglas establecidas debería someterse a observación al enfermo aparentemente curado por un espacio de seis meses, al cabo de los cuales, si no aparecían signos ni síntomas clínicos de la enfermedad. se le podía separar de la colonia de leprosos, poniéndole nuevamente en observación durante un año más, debiendo practicarsele exámenes bacteriológicos todos los meses. Si todos los resultados resultasen negativos consecutivamente durante todo el año de observación, se daba de alta al enfermo bajo la condición de presentarse a examen cada seis meses por un período de tres años.

En los trabajos de Morales Otero se menciona también como tratamiento el mercurocromo en inyecciones intravenosas con las que se han obtenido mejorías de las úlceras e infecciones secundarias de los lepromas,- pero, al parecer empeorando enormemente el estado del riñón, dando lugar a la producción de nefritis graves.

Admítese generalmente que la mayoría de los leprosos mueren de otras causas ajenas a la lepra. Al publicar Morales Otero (11) las observaciones anatomopatológicas de 12 autopsias practicadas por el Departamento de Anatomía Patológica de la Escuela de Medicina Tropical, hace notar que solamente en una de ellas se registra la lepra como causa de muerte. Según los datos presentados por este antor, la endocarditis crónica, la neumonía y la tuberculosis pulmonar son las causas ocasionales más

comunes de muerte entre los leprosos del país.

Es indiscutible que la lepra continúa siendo uno de los problemas más interesantes con que se confronta la clase médica. Apesar de ser conocida desde hace muchos años, el progreso verificado en su estudio no guarda proporción con el que se ha logrado en otras enfermedades. En Puerto Rico podría estudiarse esta enfermedad en condiciones excepcionales, dado los medios de que aquí disponemos y las oportunidades que brinda a los hombres de estudio la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad. Aunque la lepra no constituya en sí misma un problema sanitario de excepcional importancia para nuestro país, sería de desear una aplicación metódica e inteligente de nuestros profesionales a esclarecer algunos de los problemas de índole científica que todavía hoy el hombre no ha podido penetrar.

BIBLIOGRAFIA

- Quevedo Báez, M.—Juicios acerca del Aislamiento y Contagiosidad de la Lepra. Bol. Asoc. Méd. P. R. mayo 1904 año 2, Núm. 17 p. 261.
- Carbonell J. N.—Algunas Ideas sobre la Contagiosidad de la Lepra. Bol. Asoc. Méd. de P. R., marzo 1904, año 2, Núm. 15 p. 236.
- 3. Figueroa, L.—Medidas que se deben tomar para evitar la propagación de la Lepra y Preceptos Higiénicos a que se debe someter al Leproso. Bol. Asoc. Med. P. R. Vol. 12-13, 1916-17.
- Ortiz, P. N.—Annual Report Dept. Health, 1923.
- 5. Palacios de Borao, S. J., Gonzalo.—An Epidemiological Study in Puerto Rico with

- special reference to Topographic and Climatic Factors, P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med. 4.20: 1928-29.
- -La Lepra y las Condiciones Físicas y Climáticas. Bol. Asoc. Méd. P. R., Sept. 1927.
- Font y Guillot.—La Reacción de Wassermann en la Lepra. Bol. Asoc. Méd. P. R., Oct. 1910, año 8, Núm. 73, p. 4; Núm. 74 p. 6.
- Morales Otero, P.—The Wassermann Reaction in Leprosy. P. R. Health Rev. 2.3: 1926, Núm. 5.
- Morales Otero, P.—The Wassermann Reaction in Leprosy. P. R. Health Rev. 2.11: 1926, Núm. 6.
- Morales Otero, P.—The Wassermann Reaction in Leprosy. P. R. Health Rev. 2.16: 1926, Núm. 7.
- Morales Otero, P.—The Wassermann Reaction in Leprosy. P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med. 3.186: 1927-28.
- Morales Otero, P.—The Wassermann Reaction in Leprosy. P. R. Jour. Pub. Health and Trop. Med. 7.69: 1931-32.
- Morales Otero, P. y Hernández, Luis G.—
 Studies in the Blood Chemistry of Leprosy. P. R. Health Rev. & Trop. Med. 3.507: 1927-28.
- Morales Otero, P. y Hernández, Luis G.— Studies in the Blood Chemistry of Leprosy. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med. 5.443: 1929-30.
- McKinley, E. B. & Soule, M. H.—Experimental Lesions in Monkeys and Cultivation of Bacillus leprae. Jour. Am. Med. Assoc. 98.361: 1932. Am. Jour. Trop. Med. 12.1: 1932.
- A New Era for Puerto Rico's Leper Colony.
 P. R. Health Rev. 1.7: 1925. Núm. 5.
- Ortiz, P. N.—La Lepra y su Nuevo Tratamiento. Bol. Asoc. Méd. P. R. marzo 1923, Núm. 141.
- Sanitary Rules and Regulations for the Release of Lepers. P. R. Health Rev. 1.32: 1925, Núm. 4.

LEY DE BENEFICENCIA HOSPITALARIA PUBLICA

(No. 29)

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Esta Ley organizando la Beneficencia Pública en su rama hospitalaria será denominada "Ley de Beneficencia Hospitalaria Pública."

Sección 2.—Por la presente queda organizado el servicio hospitalario a enfermos indigentes o insolventes en los municipios, de acuerdo con el signiente plan:

- (1) Servicio de sistema hospitalario en cuatro hospitales de distrito o de beneficencia.
- (2) Servicio de dispensario anexo a estos hospitales.
 - (3) Servicio de ambulancia.
 - (4) Servicio de investigación social.

Sección 3.-Para el funcionamiento de esta Ley, por la presente se crea un organismo supremo de beneficencia llamado "Junta Territorial de Beneficencia" el que se compondrá de siete miembros designados por el Gobernador de Puerto Rico con el consejo y consentimiento del Senado. De estos siete miembros, dos seran ex-officio un Senador y un Representante nombrado por el Gobernador de Puerto Rico a propuesta de los Presidentes de las Cámaras respectivas y los restantes cinco miembros, uno será abogado, otro ingeniero, otro farmacéutico y dos médicos con más de tres años de experiencia en el ramo de beneficencia.

Sección 4.—Los miembros de la Junta Territorial de Beneficencia, con excepción de los (ex-officio), serán designados por un término de cuatro años y desempeñarán sus cargos hasta que sus suceso-

res sean debidamente designados y tomen posesión.

Sección 5.—La Junta Territorial de Beneficencia dividirá la Isla en cuatro zonas, llamadas Distrito de Beneficencia. La formación de cada distrito se hará agrupando pueblos contiguos y de conformidad con el número de habitantes de los mismos, de modo que dichos distritos resultaren igual en población, hasta donde fuere posible.

Sección 6.—La Junta Territorial de Beneficencia se reunirá no menos de una vez y no más de cuatro veces en cada mes, en la Capital de la Isla; Disponiéndose, que los miembros de dicha junta servirán sus cargos ad honorem aunque tendrán derecho a gastos de viaje y millaje de acuerdo con los reglamentos en vigor. o que fueren promulgados por el Auditor de Puerto Rico con la aprobación del Gobernador.

Sección 7.—La Junta de Beneficencia hará constar sus procedimientos, acuerdos, y resoluciones que aprobare en actas que se llevarán por el secretario de dicho organismo, en libros encuadernados, foliados y habilitados por certificación del presidente y del secretario, extendida en la primera página útil de cada libro, creditiva del número de páginas en blanco de que consta cada nuo de tales libros. Estos libros de acta se conservarán bajo la custodia del Secretario de la Junta Territorial de Beneficencia.

Sección 8.—Los miembros de la Junta Territorial de Beneficencia prestarán juramento ante un funcionario competento y tomarán posesión de sus respectivos cargos dentro de los diez días después de haber sido designados por el Gobernador. En la sesión inaugural de la junta de los miembros de ésta por votación secreta elegirán de su seno un presidente, que deberá ser médico y un vice-presidente. También en dicha sesión inaugural la junta designará de su seno un comité especial que proceda a la confección inmediata de un reglamento interior para dicho organismo.

Sección 9.—Será deber de la Junta Territorial de Beneficencia actuar como un cuerpo legislativo v consejero en toda materia relacionada con Beneficencia Pública y redactará reglas y reglamentos para coordinar todos los servicios de Beneficencia Pública en Puerto Rico. Comisionado de Sanidad transmitirá al Consejo Ejecutivo para su consideración y aprobación todos los reglamentos aprobados por la Junta Territorial de Beneficencia con sus recomendaciones. El Consejo Ejecutivo podrá enmendar o alterar dichas reglas o reglamentos los que serán transmitidos de nuevo a la junta para su debida reconsideración.

Sección 10.—Los reglamentos aprobados por la Junta Territorial de Beneficencia serán promulgados por el Gobernador de Puerto Rico después que hayan sido debidamente considerados por el Consejo Ejecutivo y dichas reglas y reglamentos después de promulgados y publicados en dos periódicos de circulación general en la Isla tendrán la fuerza y efecto de ley.

Sección 11.—La Junta Territorial de Beneficencia nombrará un secretario y definirá sus deberes, el que recibirá una compensación de dos mil cuatrocientos dólares anuales, el que servirá a discreción de la junta.

Sección 12.—La selección y nombramiento del personal técnico y administrativo para el servicio de beneficencia hospitalaria que se provee en esta Ley, se podrá hacer discrecionalmente en beneficio del servicio y se dará preferencia a la previa experiencia que en el ramo de beneficencia haya tenido el aspirante en instituciones públicas o privadas.

Sección 13.—Los ingresos para la Beneficencia Hospitalaria que por esta Ley se crea procederán de las fuentes siguientes:

- (a) Veinticinco (25) por ciento del producto neto de la Lotería; Disponiéndose, que esta fuente de ingresos la constituirá el cincuenta (50) por ciento de la proporción municipal del producto neto de los sorteos ordinarios y extraordinarios que se celebren durante cada año en Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de las leyes vigentes al efecto e ingresarán en el fondo de Beneficencia, fondo especial que por la presente se establece.
- (b) Cantidad de cien mil (100,000) dólares procedente de la Ley de Licores tal como lo dispone dicha ley.

Sección 14.—Los ingresos a que se refiere la sección anterior se depositarán por el Tesorero de Puerto Rico en un fondo que se titulará "Fondo Beneficencia Hospitalaria Pública" cuyo fondo estará a la disposición del Comisionado de Sanidad para los fines de esta Ley.

Sección 15.—Por la presente se autoriza, faculta y ordena al Tesorero de Puerto Rico para que con la aprobación del Gobernador inmediatamente tome a préstamo una suma no mayor de \$500,000 la cual será dedicada a la construcción de cuatro hospitales de distrito de acuerdo con los planos que sean preparados al

efecto por el Comisionado del Interior para dar cumplimiento al plan de hospitales de distrito que por esta Ley se provee; Disponiéndose, que se autoriza y faculta expresamente al Tesorero de Puerto Rico, con la aprobación del Gobernador, para que fije los términos y denominaciones de los mismos, y el modo, tiempo y método de emitir cualesquier bonos o pagarés y podrá tomar las disposiciones necesarias para emitir bonos, certificados o pagarés provisionales y fijar los términos de pago del capital e intereses del empréstito contraído.

Sección 16.—Tanto el principal como los intereses del empréstito a que se refiere la sección anterior serán pagados del producto de una contribución especial de .10 del 1 por ciento del valor tasado de toda la propiedad mueble e inmueble existente en Puerto Rico no exenta del pago de contribuciones, la cual por la presente se autoriza y ordena al Tesorero de Puerto Rico para que imponga y cobre, a partir de julio 1º. de 1940 y durante los años económicos sucesivos para el fondo de Beneficencia Hospitalaria Pública que por esta Ley se crea; Disponiéndose, que el capital y los intereses devengados durante los años económicos de 1935-36 al 1939-40, inclusive, serán pagados con cargo al fondo de Beneficencia Pública creado por esta Ley; Disnoniéndose, además, que en caso de asignación por el Gobierno Federal para la construcción de estos hospitales, solamente se dispondrá de este fondo aquella cantidad necesaria para su total construcción, equipo y sostenimiento.

Sección 17.—Cada una de las cuatro unidades hospitalarias de distrito que por esta Ley se crea constarán de un número de trescientas camas y comprenderán los servicios de medicinas, cirugía, obstetricia, pediatría y un servicio de dispensario, además del servicio de ambulancia.

Sección 18.—Toda ley o parte de ley que se oponga a la presente, queda por ésta derogada, y especialmente quedan derogadas sólo en cuanto estuvieren en conflicto con esta Ley, las disposiciones de la Ley No. 53 titulada "Ley estableciendo un sistema de gobierno local para los municipios de Puerto Rico", aprobada el 25 de abril de 1928, según fué enmendada por la Ley No. 98, aprobada el 15 de mayo de 1931.

Sección 19.—Si cualquiera cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de esta Ley fuera declarada inconstitucional, por un tribunal con jurisdicción competente, dicho fallo no afectará, perjudicará o invalidará el resto de esta Ley, sino que sus efectos quedarán limitados a la cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de la presente que así hubiere sido declarada inconstitucional.

Sección 20.—Esta Ley empezará a regir a los noventa días después de su aprobación.

Aprobada en 20 de julio de 1935.

AN ADDRESS TO THE MEMBERS OF THE PAN-AMERICAN MEDICAL CONGRESS, IN SAN JUAN, PUERTO RICO ON JULY 29, 1935.

DR. R. LOPEZ NUSSA

President of local Committee of International Medical Relations of the Pan-American Medical Association.

President Chevalier Jackson, and Members of the Pan American Medical Congress:

Some one has said that "words are really living things, which must be well understood, deeply cherished and gently used." So I wish I were in the possession of those gentle words now, necessary to convey to your minds the impression of our deep feeling of appreciation for your visit; and specially for sharing with us, in a most generous and lavish manner, during the short hours that we have spent together, your great wealth of knowledge and experience in the various fields of medicine and surgery.

You have visited some of our Institutions, and we hope that you have been favorably impressed by them, specially by our School of Tropical Medicine, which is the offspring of our former Institute, founded by the pioneers of medical research in the island: the Doctors Ashford, Gutiérrez Igaravídez and González Martínez.

Those of us who have practiced long enough in the island can readily appreciate the influence of this Institution in our profession. Through its influence chiefly we have fortunately outgrown that type of physician so well described, so masterly portrayed by Moliere. That type of physician who used to go about dressed all in black, wearing long whiskers and uttering long Latin sentences,

in a magister dixit fashion, which he himself would often-times not understand, but expect the public and the profession to accept his dictum in a non-challenging, absolute manner. We still have a few specimens of that type of homo sapiens scattered over the island, which we are enduring with great courage.

Now a days, however, we are not taking anything for granted. We are not accepting any views or theories which have not been well proved by reliable laboratory methods. And for that purpose we have our School of Tropical Medicine. which, with an open mind and a hearty welcome, is always inviting us to make use of its laboratories and other facilitics. I must say, with pride and pleasure, that many of our own physicians are taking advantage of that opportunity, specially our younger set, like Koppisch, Carrión, Ferrer, Morales Otero, Costa Mandry, Rodríguez Molina, Rivero and others, who deserve great credit for their enthusiasm and devotion to science, to pure science, devoid of any highbrow or highfalutin rapsodles or vociferations.

You have been informed about our medical problems and we have accordingly received valuable advice from you. I beg to be allowed, before closing, to say a few words about our political, social and economic problems.

The first is a local problem that will soon, no doubt, be favorably solved by

Congress, when it grants self-government to us, which is our natural and legitimate claim. The other problems are the same that beset mankind today.

We think, however, that our economic problem is exceptionally urgent. Indeed, we are enduring the most distressing and chaotic economic situation that the island ever had to contend with.

We all hope, however, that the "New Deal" soon to be implanted in the Island; that is, a "social planning" that will aim at a "redistribution of wealth downwards", will not only remedy our present urgent condition, but will also establish our finances on a sound, solid and permanent economic basis.

We will then attain the "Social Justice" so warmly advocated by our most brilliant and accomplished minds. social measure, which, when first vouchsafed by our distinguished patriot, Mr. Muñoz Marín, was considered an Utopia. And has since been vigorously opposed by Institutions and individuals who insist upon the prevalence of actual con-Actual conditions that would ditions. continue to bring prosperity to a few, with the resulting "biting poverty" and "sore deprivations" to the rest of our citizens. Even when our "Jibaro" finds work, his compensation is so meager that he can scarcely support his family or himself.

This bewildered, sullen and depressed social condition can not subsist much longer in this or any other community without exciting an out-law mentality.

I am speaking as a physician; addres-

sing a distinguished body of colleagues from America, who are always, no doubt, recalling Virchow's postulate: "man should only work as much as is needful to wrest from the soil, but he should not waste his best energies in producing capital". A body of colleagues who tacitly accept the right of man to acquire (through work, when able to perform it) the necessary elements for his maintenance: food and shelter.

We must acknowledge, however, with deep regret, that while millions are continuously being wrested from our soil, hundreds of thousands of men, women and children are practically starving.

Time is ripe for "Social Justice" to be fulfilled. And it will soon be achieved, no doubt, for such is the intention and most determined purpose of President Franklin D. Roosevelt.

I wish to extend my most cordial welcome to all of you; real peaks, authentic representatives in the realm of science, who have kindly dedicated this day to us, which will be full of pleasant memories in the future.

I wish to thank you for your kind invitation to this most pleasant gathering on the majestic "Queen of Bermuda". We feel that we have not, altogether, missed the Floating Congress, for we have been floating here with you for a few moments, and, believe me, they have been very pleasant moments indeed. We all wish you a happy return home, and you may rest assured that we will always remember your visit as a very pleasant and important event.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

IIVXX

Agosto, 1935

Núm. 8

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe:

Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador: Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M. Suárez Dr. J. Rodríguez Pastor Dr. Juan A. Pons

EDITORIALES

La última sesión extraordinaria de la Legislatura de Puerto Rico aprobó una ley que se relaciona con la asistencia médica de beneficencia y que ha recibido la aprobación gubernativa. El título, un tanto pomposo para las modestas disposiciones de la ley ("Lev de Beneficencia Hospitalaria") y el hecho de que aparece presentada por los mismos legisladores que apadrinaron el proyecto No. 337 de la sesión ordinaria anterior, ha creado, según parece, la confusión en algunas mentes; se ha creído por algunos que esta y aquella son la misma ley. Nada más erróneo. La ley aprobada es una pieza legislativa poco menos que inocua; el proyecto vedado era una atrevida tentativa para controlar políticamente la clase médica del país, so color de una obra altruista y desinteresada.

La ley aprobada tiene como defecto inicial pues, que el título no corresponde en realidad a los limitadísimos alcances de su parte dispositiva. No es una ley de Beneficencia Hospitalaria; es una ley creando cuatro hospitales y una junta de gobierno para los cuatro hospitales, que además legislará sobre beneficencia municipal.

No hay nada original, no hay novedad alguna en la ley. La creación de cuatro hospitales de distrito es una reiteración de legislación ya hecha y que está vigente, esperando su ejecución. La ley dei empréstito de los seis millones ordena la creación de cuatro hospitales de distrito; hay dos construídos y dos por construir. Y lo que se hace ahora es asignar nuevamente fondos para cuatro hospitales. La idea de la junta tampoco es original. Es la que ya se ha discutido muchas veces, que recomendó la Asociación Médica y que inició Fernós en su informe al Senado en 1932, si bien no se dan a ésta las funciones todas que originalmente propuso.

El texto de la ley adolece de obscuridad suma; para decir lo anterior se emplea un lenguaje confuso y difuso en demasía.

Aparte de estos detalles que señalamos más que nada para hacer resaltar su gran diferencia con el proyecto de los siete superalcaldes, la ley puede considerarse como una tímida tentativa para acercarse al problema de la Beneficencia Médica de Puerto Rico que, no obstante su modestia, puede servir de base a disposiciones legislativas de mayor fuste para más adelante.

Se ha dejado sin resolver el engranaje de esta Junta con el Departamento de Sanidad y puesto que se ha de dividir la isla en cuatro distritos para cuatro hospitales y la isla está dividida en dos para dos hospitales que ya existen y están funcionando, ello parece establecer un conflicto. Sinembargo, acaso apu-

rando un poco las cosas, la propia junta pueda resolver todas estas dificultades.

Lo que no parece tener remedio de momento es el grave error de asignar \$500,000 para construir cuatro hospitales con un total de 1,200 camas. Esto es sencillamente imposible, si se trata de verdaderos hospitales.

En fin, la ley no parece ni muy mala ni muy buena. Es un balbuceo, un tanteo. La Asociación Médica debe desear que tenga éxito la ley y en tanto no desmayar, en su propósito de que la cuestión fundamental de la Beneficencia sea atendida debidamente, sabiamente, plenamente, definitivamente.

A. F. I.

En otro sitio de este número publicamos la Ley Núm. 29, Organizando la Beneficencia Hospitalaria Pública en Puerto Rico, ley que corresponde al Proyecto de la Cámara Núm. 55, y que fué originalmente presentado por la Comisión de Beneficencia y Sanidad de la Cámara en julio 8 del año en curso, y definitivamente por los representantes doctores Figueroa. Herrero y Villamil.

Llamamos la atención a los médicos de Puerto Rico sobre las bases fundamentales de esta Ley, que coinciden con las recomendaciones hechas por la Asociación Médica de Puerto Rico en más de una ocasión. La Asociación Médica de Puerto Rico muchas veces recomendó el establecimiento de hospitales, como base fundamental para la solución del problema de asistencia pública; recomendó instituciones hospitalarias que respondieran en todo respecto al moderno concepto de un hospital; que abarcara no solamente los

servicios intrínsecos de los mismos, sino aquellos relacionados con él, y que lo complementan y hacen de la institución una que llene todas las necesidades de una asistencia pública en consonancia con los conceptos más modernos de la Ciencia Médica. Este fin aparece escrito en la Ley Organizando la Beneficencia Hospitalaria, y hemos de esperar que al llevarse a cabo la organización de hospitales que la misma crea, sean ellos instituciones que llenen su cometido y respondan dentro del mayor espíritu científico, social y administrativo, a instituciones similares, modelos de su clase.

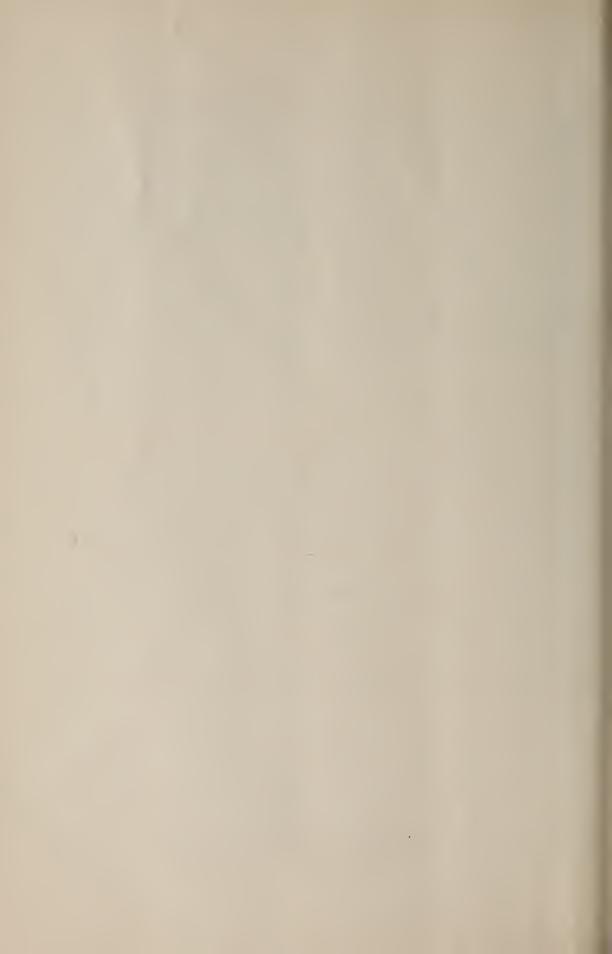
La Asociación Médica de Puerto Rico en uno de los memoriales que envió al Gobernador y a la Asamblea Legislativa en relación con proyectos de beneficencia que fueron presentados en nuestras Cámaras Legislativas, recomendó creación de una Junta de Técnicos para administrar y dirigir el sistema de beneficencia, cualquiera que fuese el implantado. La Ley Núm. 29 crea una Junta Territorial de Beneficencia compuesta por siete miembros designados por el Gobernador de Puerto Rico, y que serán un abogado, un ingeniero, un farmacéutico, dos médicos y dos miembros ex-officio, que serán un senador y un representante, nombrados también por el Gobernador de Puerto Rico a propuesta de los presidentes de ambos cuerpos legislativos. Coincide, pues, este apartado de la Ley con las recomendaciones y aspiraciones de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Otro detalle que no deben dejar pasar inadvertido los médicos de la Isla es la creación de la contribución hospitalaria, o sea el "Hospital Tax" que habrá de empezar a cobrarse el 1ro. de julio de 1940. Repetidas veces, durante muchos años ha venido la Asociación Médica predicando la necesidad de establecer una contribución especial dedicada a beneficencia, tal como se viene haciendo hace tiempo para con nuestro sistema de instrucción pública. De esa manera queda garantizada la subsistencia de nuestro sistema de hospitales. Estos son los puntos fundamentales de la Ley; principios que ha defendido con ahínco e interés la Asociación Médica de Puerto Rico desde sus primeros años, velando siempre, no sólo por los intereses profesionales en general si-

no, como clase compuesta por ciudadanos conscientes de sus deberes, por el bienestar de nuestro pueblo.

La clase médica puertorriqueña puede estar satisfecha de tener ya una Ley que si aún tiene deficiencias, pueden ser ellas fácilmente corregidas con la experiencia, pero que sinembargo, fundamentalmente establece y organiza sobre sólidas bases un sistema de hospitales que, sin duda alguna, es la única solución para poder llevar a cabo un sistema de medicina eficiente y científica entre nuestras clases pobres.

E. G. C.



Suministra el "RESIDUO" necesario para una eliminación apropiada



La mayoría de las personas tratau hoy día de eliminar de la dieta los alimentos que dejan "residuo". A esta costumbre pueden atribuirse la mayoría de los casos de estreñimiento.

En el tratamiento médico de este estado patológico sue-

le suministrarse el residuo necesario para la crema. Un paquete tamaño corriente eliminación con la prescripción de salvado. envíado gratis al médico que lo solicite.

Las pruebas de laboratorio demuestran que esta manera de proceder suele ser eficaz en la mayoría de los casos de estreñimiento. Las raras veces que este tratamiento fracasa se ha podido comprobar que ello se debe a la incapacidad del enfermo para tolerar una cantidad suficiente del residuo alimenticio contenido en las frutas, en los vegetales o en el salvado.

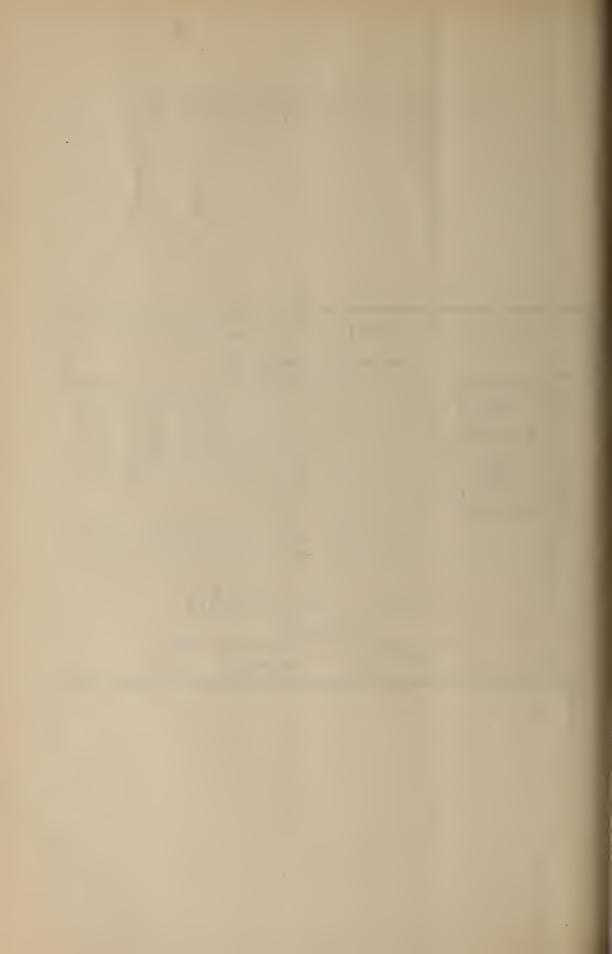
El Kellogg's ALL-BRAN tiene un sabor delicioso que resulta agradable al enfermo. Puede servirse adicionándolo a la leche o crema. Un paquete tamaño corriente será envíado gratis al médico que lo solicite.

Kellogg's ALL-BRAN

Representantes:

B. FERNANDEZ & HERMANOS SUCRS.,

Apartado 365 — San Juan, P. R.



ALIVIO PROLONGADO EN INFLAMACION DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS

En los casos en que hay que reducir la inflamación de los órganos respiratorios y la congestión en los mismos, el tipo antiguo de cataplasma está rápidamente siendo re-emplazado por la más científica Super-Cataplasma

NUMOTIZINE



Numotizine combina los dos efectos necesarios, en una sola fórmula—la acción descongestiva del emplasto de caolina y los efectos analgésicos y antipiréticos, Ientos pero seguros que son propios de sus ingredientes terapéuticos—el guayacol y el salicilato de metilo.

Al hacer su aplicación sobre las áreas afectadas, en casos de torceduras, furunculosis, mastitis, adenitis, orquitis, epididimitis, inflamaciones de la región pélvica, etc., Numotizine calma el dolor, reduce la inflamación y es una gran ayuda en el proceso curativo,

Muestras y literatura le serán remitidas si las solicita.

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St. Chicago, U.S.A.

Robert & Santini,

Distribuidores

Avenida Ponce de León
San Juan, Puerto Rico.

Rob	ert	ઢ	Sant	ini,	
Ave	nida	ı P	once	de	León
San	Jua	ın,	Puer	to	Rico

Dept.P.R.S

Sírvanse enviarme muestras de Numotizine para experimentos clínicos.

Nombre

Dirección ______Ciudad____Estado_____



CARBARSONE LILLY

Amebicida Eficaz

0



ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

FABRICANTES DE PRODUCTOS MEDICINALES DESDE 1876

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

SCHOOL OF MED CINE AND PUBLICATION OF MEDICINE AND PUBLICATION OF MEDICINE AND PUBLICATION OF THE PUBLICATIO

INDICE

119.12 F

	Página
Un Nuevo Diámetro Obstétrico, L. A. Balasquide	,
M. D., Ponce, P. R	213
Memoria del Director de la Escuela de Medicina	
Tropical de la Universidad de Puerto Rico bajo	
los Auspicios de la Universidad de Columbia, en	ı
el Curso Académico de 1934-35	218
NOTAS EDITORIALES	237

PRESCRIBE

COLE'S EMBRY-E

(Cole's Pure Cold Pressed Wheat Germ Oil)

"THE RICHEST KNOWN SOURCE OF VITAMIN E"

INDICATIONS:

- 1. Correction of female sterility.
- 2. Expectant and nursing mothers.
- 3. Prevention of male sterility.
- Lowered basal metabolism, myasthenia gravis, paralysis and other forms of muscular debility.
- 5. Anterior Pitnitary deficiency.

Write us for literature

COLE CHEMICAL COMPANY St. Louis, U. S. A.

QUALITY PHARMACEUTICALS

ENRIQUE VELEZ POSADA-Edificio Ochoa 421-Apartado 1018-Sau Juan,

EL SALVADO corrige el estreñimiento ordinario ...y es muy rico en Sales de Hierro.

Las personas de vida sedentaria nosienten la necesidad de ingerir grandes cantidades de alimentos. Por lo tanto, instintivamente, se procuran alimentos delicados y concentrados—lo que como consecuencia les produce estreñimiento. El modo de corregir este estado patológico es suministrando el residuo de que carece su dieta, y ello se consigue fácilmente usando el salvado en la alimentación.

En el Kellogg's ALL-BRAN el residuo se hace más snave, digerible y de sabor agradable por medio de procedimientos especiales usados en su cocimiento, tostado y condimentación. Cuando penetra el aparato digestivo absorbe allí una gran cantidad de agua, formando una masa suave que limpia los intestinos de desperdicios sin ocasionar trastorno alguno.

El Kellogg's All-Bran es saboreado hasta por los pacientes más refinados. Servido con leche fría o crema es delicioso.

Un paquete de tamaño corriente será enviado gratis al médico que lo solicite.



Kellogýs ALL-BRAN

Representantes:

B. FERNANDEZ & HERMANOS SUCRS.,

Apartado 305

San Juan, P. R.



Son tabletas a base de barbital y amidopirina, combinados sinergísticamente. Alivian el dolor sin narcotizar — por eso en infinidad de casos, es preferible a la morfina. PERALGA no causa soñolencia, ni afecta las funciones respiratorias o la circulación sanguínea. Sus efectos son rápidos y duraderos.

• Muestras gratis a los señores médicos.

Para dalar de cabeza, jaqueca, neuralgia, dalores artríticas y musculares. Para reducir la fiebre.

En Cirugía:

Cuanda se opera can anestesia local. Para aliviar el dolar después de la operación. En casas de fracturas, torceduras, etc.

En Obstetricia:

Después del alumbramiento.

En Pediatria:

Puede administrarse a los niños sin temar de malas cansecuencias.

En Otolaringología:

Para el dalar de oídas agudo. Cama auxiliar en la anestesia lacal — y camo calmante después de la operación.

SCHERING & GLATZ, Inc., 313 W. 18th St., New York, E.U.A

VIOVIN

EL TONICO PREFERIDO PARA JOYENES Y VIESOS

El Viovin aumenta el apetito muy rápidamente y ofrece una ayuda eficaz a la nutrición del convaleciente.

Viovin es un valioso ayudante para hacer volver a la vitalidad y fortaleza normales los pacientes en estado de convalecencia. Contiene las muy útiles sustancias tónicas como hierro, quinina, estricnina, y manganeso, todas presentes en forma de hipofosfitos, los cuales son disueltos en una base conteniendo extracto de malta y cerezo silvestre.

Este tónico estimulante y nutritivo, promueve el apetito y produce una rápida sensación de bienestar. Los niños, los convalecientes, y las personas de gusto delicado, tomarán fácilmente Viovin debido a su sabor agradable.

FORMULA

100 C. C. CONTIENEN



100 C. C. CONTIEN	EN	
Hipofosfito de Colcio .	0.35	grm.
Hipofosfito de Potasio .	0.175	grm.
Hipofosfito de Sodio	G. 175	grm.
Hipofosfito de Hierro .	0.0225	grm.
Hipofosfito de Manganeso,	0.0225	
Hipofosfito de Quinina .	0.0012	_
Hipofosfito de Estricnina,	. 8 33	
Extrocto Acuoso de Malta		c. c.
Gaduol) c. c.
Alcohol		
Socorosa	re, 3.3	3 c. c.
Agua Aromatizada, c. s.	para 10	0 c. c.
Aqua Aromanization		

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated

PHILADELPHIA, E. U. da A.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

SEPTIEMBRE, 1935

Núm. 9

UN NUEVO DIAMETRO OBSTETRICO

L. A. BALASQUIDE, M. D.

Del servicio de Obstetricia y Ginecología de la "Clínica Dr. Pila", Ponce, P. R.

Cuantos hemos dedicado algún tiempo al estudio de la pelvimetría, hojeando cuidadosa y pacientemente este interesante capítulo de la obstetricia, desde las primeras páginas en donde alborean, todavía vacilantes, las observaciones científicas con que se inician las investigaciones sobre esta materia, hasta llegar a la bibliografía médica contemporánea, hemos de confesar, sin tratar de empequeñecer por ello la obra de los grandes maestros, que los medios de mensuración pélvica que éstos nos legaron son aún inseguros y dudosos y no permiten un certero prognóstico obstétrico. Hay que releer los tratados primitivos de Baudeloque y Michalis-creadores de la pelvimetría externa del estrecho superior—, repasar luego despaciosamente las magistrales descripciones de Brieskey y Williams—originadores de la pelvimetría del estrecho inferior-y arribar, por último, a los modernos y atraventes estudios pelvimétricos para darse cuenta que esta rama de la especialidad tocológica era todavía algo insegura y carecía de precisión en sus observaciones que sirviesen para poder fundar en ellas conceptos y leyes de mayor exactitud en la aplicación práctica.

Por eso Schuman, conocedor de esta

gran necesidad e inspirado en el moderno y trascendental estudio de Caldwell y Mooley(1) sobre la clasificación morfológica de la pelvis, y entusiasmado además con el minucioso trabajo de mensuración pélvica, realizado por Todd(2) en la Universidad de Western Reserve, logró aportar una contribución de inestimable valor práctico al publicar su ensayo preliminar acerca de una nueva medida para determinar la profundidad de la pelvis.

Existe en la práctica tocológica un interesante grupo de casos en los que el prognóstico obstétrico era, hasta hace muy poco tiempo, completamente incierto e inseguro. Componen este importante v curiosísimo grupo, en primer lugar, los tipos pélvicos "antropoide" y "androide" de Caldwell. Es en ellos donde se dan ciertas distocias inesperadas, tales como el encajamiento tardío e incompleto del polo cefálico, las posiciones occípito-posteriores, la detención al pasar por el diámetro transverso, etc; en segundo término, un número de pelvis de dimensiones normales, pero que en la práctica resultan ser la verdadera antítesis de la normalidad pélvica, unido a otro número de pelvis de dimensiones reducidas, pero en las que, sin embargo, termina siempre el parto felizmente con gran asombro de todos y sin accidente distócico alguno; y, por último, la llamada pelvis masculina, asociada o no al tipo sindrómico de la distocia distrófica(4) o a la modalidad pélvica denominada por la escuela americana con el nombre de high assimilation, que suele ser una de las que con más frecuencia es responsable de una distocia real o potencial.

Existía, como es natural, una gran incertidumbre en la interpretación de estas distocias, tan poco estudiadas como mal comprendidas; como existía igualmente una extrema ignorancia acerca de lo que realmente ocurría en esos casos raros, que mencionábamos antes, en que, no obstante sus exiguas dimensiones pélvicas que hacen esperar con ansiedad el accidente distócico y que sorprenden a los observadores, burlan todas las previsiones con una fácil y feliz expulsión fetal, contraria a todas las nociones de la mecánica pélvica.

Esta incertidumbre e ignorancia sirvieron de acicate que estimuló el espíritu investigador de algunos hombres de ciencia y les hizo someter a revisión, y emprender de nuevo el estudio físico y anatómico de esos tipos pélvicos mal comprendidos hasta entonces, con lo que se inició una era de investigaciones sobre esta materia. Aspiraban los obstetras que emprendieron esta labor poder llegar a una mayor precisión, exactitud y refinamiento del prognóstico del parto; lo que, dicho sea de paso, son las tres cualidades que caracterizan la actitud profesional del verdadero tocólogo y le diferencian fundamentalmente del vulgar comadrón.

De estas rigurosas investigaciones y minuciosos estudios salió, como era de esperarse, una copiosa bibliografía sobre este interesante asunto; pero fué Todd el que alcanzó mayor celebridad y aquiescencia en la opinión, cuando, en una reciente comunicación, llegó a probar su teoría de que la característica anatómica eseucial y distintiva que con más frecuencia se encuentra en este grupo de casos anómalos es la profundidad pélvica.

Ahora ya resulta fácil comprender toda la angustia, toda la ignorancia e incertidumbre que rodeaba el proguóstico obstétrico de estos casos. La clínica tocológica carecía de un procedimiento práctico y seguro para reconocer y medir la profundidad pélvica. Antes de que Schuman introdujese su innovación sobre la manera de medir la profundidad de la pelvis no existía ningún método práctico y útil. Ni aún los más recientes estudios osteológicos fundados en observaciones radiográficas, que tan magnífica información aportan sobre los distintos diámetros pélvicos, traen nada que nos sirva con entera seguridad para calcular el diámetro de la profundidad de la pelvis.

Anteriormente, para tratar de determinar el prognóstico de estos casos anómalos había que conformarse con la búsqueda árdua y difícil de ciertas peculiaridades anatómicas, no siempre determinables, tales como la pequeñez del arco púbico, la estrechez del diámetro intertuberoso, la exagerada prominencia de las espinas isquiáticas, el acortamiento de los diámetros sagitales, etc. Estas características pélvicas podían hacer sospechar y temer futuros accidentes distócicos, pero no aclaraban de una manera evidente y definitiva la oscuridad que siempre envolvía el prognóstico de estos casos de configuración pélvica anormal,

Demostrado anatómicamente por Todd, como hemos indicado antes, que la carac-

terística por exceleucia en dichas pelvis es su mayor o menor profundidad, era lógico pensar que para la determinación apropiada de su diámetro se seleccionase la región anterior de la pelvis, que es la que con mayor frecuencia demuestra las características más elocnentes de estos tipos.

Así Schuman, guiado por las investigaciones de Hart, utilizó, como era de esperarse, para la determinación de su diámetro, la región anterior de la pelvis. Este se extiende desde la tuberosidad del isquión hasta la rama del pubis y por ello le ha dado el nombre descriptivo de diámetro "pubo-tuberoso". El procedimiento es fácil y sencillo: durante el examen rutinario de la pelvis, después de medir el diámetro intertuberoso con el pelvímetro ordinario, se deja un extremo de éste sobre la tuberosidad del isquión y el otro se eleva perpendicularmente hasta dejarlo descansar sobre la rama del pubis del mismo lado. desea puede medirse de la misma manera el diámetro del lado opuesto. En su informe preliminar Schuman encontró que la longitud normal de este diámetro es de once centímetros y medio. El solía restar a esta cifra de un centímetro a centímetro y medio, según fuera el desarrollo muscular y adiposo de la paciente, pero últimamente ha desistido de este procedimiento (5), conformándose ahora con apuntar al pie de esta medida una nota aclaratoria del estado nutritivo de la paciente examinada.

Nosotros empezamos a tomar esta nueva medida pélvica en nuestros exámenes corrientes a las embarazadas desde que apareció por primera vez en la literatura médica. En una comunicación personal que hiciéramos al citado autor, en la que

comprendíamos las observaciones practicadas en ochenta mujeres en estado grávido, primíparas y multíparas, nos sorprendió el hecho de que la medida obtenida por nosotros correspondiente a dicho diámetro era, por término medio, inferior a la encontrada por Schuman. Esta disparidad en los datos pelvimétricos la juzgamos sumamente interesante, pues, como se sabe, en Puerto Rico es muy escaso el número de distocias ocasionadas por el grupo de anomalidades pélvicas que estamos analizando, y ello salta a la vista si se comparan las estadísticas operatorias de los obstetras americanos con las nuestras. Explicaría definitivamente la importancia de este nnevo diámetro pélvico si se pudiera demostrar que las diferencias anotadas se deben a la distinta composición racial de la población norteamericana y la puertorriqueña.

Aconsejados por el propio Schuman, a quien interesó grandemente la peculiaridad de nuestra observación en cuanto a dichas diferencias de longitud del citado diámetro, iniciamos un nuevo estudio de comprobación en primíparas solamente. Los datos más importantes de este estudio aparecen de un modo esquemático en el cuadro estadístico que insertamos al final.

La serie de casos investigados últimamente es reducida, pero unida a los ochenta casos de la anterior, forma un conjunto, que, aunque modesto, resulta suficiente para formular las siguientes conclusiones preliminares.

(1) Toda pelvis cuyo diámetro pubotuberoso sea mayor de once centímetros (11 cm.), aún siendo los demás diámetros normales, constituirá siempre un factor importante de distocia; y, por el contra-

ESTUDIO DE VEINTE CASOS OBSTETRICOS EN RELACION CON LAS VARIACIONES DEL DIAMETRO P. T.

ES	Hipertensión.	ndaria.							ara, 39 años.)										Urticaria gigante.	
COMPLICACIONES	Reserva renal baja. Hiper	Uncinariasis. Anemia secundaria	Anemia Secundaria.	Ninguna.	11	2.	*	11	Distocia cervical. (Primípara,	Parto Seco.	Ninguna.	13	11	11	13	11	Clorosis intensa.	Parto Seco.	Pielitis post-partum. Urtic	Ningina
Peso	6 lbs. 8 onzas	7 lbs. 2 onzas	7 lbs.	7 lbs. 8 onzas	6 lbs. 8 onzas	6 lbs. 10 onzas	7 lbs.	7 lbs. 2 onzas	8 lbs. 4 onzas	7 lbs. 15 onzas	7 lbs. 2 onzas	7 lbs. 10 onzas	6 lbs. 2 onzas	8 lbs. 1 onza	7 1bs.	6 lbs. 3 onzas	8 lbs. 6 onzas	8 lbs. 5 onzas	6 lbs. 1 onza 5 lbs. 15 onzas	0 11-0
Sexo del infante	hembra (varón 7	hembra	varón		hembra			varón 8	hembra	varón	-	hembra	8	varón	hembra		varón	1 hembra 1 2 varón	" "
Fecha del Alumbramiento	Dic. 5, 1934	Dic. 18, 1934	Enero 23, 1935	Enero 28, 1935	Enero 28, 1935	Feb. 6, 1935	Feb. 16, 1935	Feb. 24, 1935	Feb. 28, 1935	Marzo 20, 1935	Mayo 11, 1935	Mayo 7, 1935	Mayo 14, 1935	Mayo 24, 1935	Junio 1, 1935	Junio 11, 1935	Junio 17, 1935	Junio 21, 1935	Junio 22, 1935	Tunio 99 1025
Horas de Parto	19 hrs.	32 hrs.	22 hrs.	12 hrs.	5 hrs.	12 hrs.	16 hrs.	5 hrs.	48 hrs.	14 hrs.	10 hrs.	7 hrs.	4 hrs.	81/2 hrs.	15 hrs.	10 hrs.	5 hrs.	19 hrs.	7 hrs.	7
Diámetro P. T.	10 cm.	9 cm.	9 cm.	9 cm.	8 cm.	7.5 cm.	8.5 cm.	7 cm.	8 cm.	8.5 cm.	8 cm.	11 cm.	7 cm.	8 cm.	10 cm.	8 cm.	8 cm.	8 cm.	9 cm.	1 5 000
Diagnóstico	Vértice O. D. P.		Vértice O. I. A.			Vértice O. D. A.	Vértice O. I. A.		Vértice O. D. A.	Vértice O. I. P.	2	Vértice O. D. A.			2	Vértice O. I. A.	Vértice O. D. A.	2	Gemelos 2. nalgas Vértice O. D. A.	I Wénting
Caso	A. P.	J. C.	×	A. T. V.	V. A. R.	M. M. S.	A. Q.	A. N.	E. P. A.	A. C.	C. V. A.	V. P. M.	I. M. W.	M. F. V.	M. G. F.	J. C.	J. P. P.	L. R.	R. V. R.	LT.

Número de Casos: 20. Promedio Diámetro Pubo-tuberoso: 8.8 cm. Promedio Horas de Parto: 13 horas 14 minutos. Promedio Peso: 7 libras, 7 onzas.

rio, toda pelvis con diámetro pubo-tuberoso inferior a este cifra, en igualdad de condiciones, facilitará siempre un parto cómodo y rápido.

- (2) Esta facilidad puede apreciarse en la reducción del tiempo de duración del trabajo del parto y suele observarse principalmente en el segundo estadio.*
- (3) En nuestra opinión, el diámetro pubo-tuberoso constituye un índice de gran valor práctico para la medición de la profundidad de la pelvis, y como esta dimensión es el carácter esencial que determina el futuro desarrollo del trabajo del parto, creemos firmemente que este diámetro es de suma utilidad para formular un prognóstico obstétrico correcto.

Queremos, por último, hacer constar que el móvil que nos impulsó a publicar este artículo no es otro que el de tratar de interesar a nuestros colegas, sobre todo a los que ejercen la especialidad tocológica, en el estudio clínico de esta nueva e interesante aportación a la pelvimetría obstétrica, para ver de aumentar con valiosas contribuciones la casuística que rectifique o ratifique nuestras conclusiones en esta modesta comunicación preliminar.

BIBLIOGRAFIA

- Caldwell, W. E. y Mooley, H. C. Am. J. Obst. & Gynec. 26: 479, 1933.
- 2.-Citado por Caldwell.
- 3.—Schuman, William: Am. J. Obst. & Gynec 28: 497, 1934.
- 4.—Balasquide, L. A.: Boletín de la Asociación Médioa de Puerto Rico XVII, 2, 53-55, Feb. 1935.
- 5.—Comunicación personal del autor.

^{*} Recientemente hemos observado un caso que demuestra muy bien dicha afirmación Se trata de una primípara, como de 39 años de edad, que estuvo 44 horas en el primer estadio a causa de una distocia por rigidez cervical; en cambio, sólo empleó 4 horas en el segundo período, apesar del cansancio y del agotamiento (ísico y moral tan frecuentes en estos casos de bradidistocia.

MEMORIA DEL DIRECTOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA TROPICAL DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO BAJO LOS AUSPICIOS DE LA UNIVERSIDAD DE COLUMBIA, EN EL CURSO ACADEMICO DE 1934-35.

Señores de la Junta Especial de Síndicos:

Los informes del administrador y de los jefes de los distintos departamentos de la Escuela de Medicina Tropical que aquí presentamos, indican claramente la trayectoria y desarrollo de la marcha seguida por esta Institución en el curso académico que acaba de terminar, así como también los planes para su futuro progreso.

Cumplo el penoso deber de consignar en esta primera página la desaparición, el día 1º de noviembre de 1934, del doctor Bailey K. Ashford, Profesor de Micología y Medicina Tropical, después de una penosa enfermedad de diecinueve meses de duración. Era el fenecido el miembro más distinguido de esta Escucla a la que sirvió fielmente durante muchos años, contribuyendo espléndidamente a su progreso y prestando de la manera más generosa sus servicios al Hospital de la Universidad, para que esta Institución pudiera mantener sus altas normas en la práctica médica en pro de la comunidad.

A pesar de las incomodidades ocasionadas mientras se fabricaban dos nuevas alas para ampliar el edificio de la Escuela, ésta continuó sus trabajos sin alteración durante todo el año y puede enorgullecerse de haber realizado una provechosa e ininterrumpida labor. Entre los eventos más importantes del curso académico tenemos que mencionar la oportunidad que se les ha brindado a seis miembros del Cuerpo Facultativo para que amplien sus estudios en varios centros de investigación científica en Europa y en los Estados Unidos. Ha sido siempre nuestra pauta realzar el valor que tiene un aprendizaje constante y una dedicación asidua a la Ciencia de los miembros que dirigen las actividades de los distintos departamentos, para que puedan marchar a la par con el progreso científico de sus especialidades respectivas.

Merece hacerse notar que durante el curso académico hemos tenido la fortuna de contar entre nosotros durante temporadas más o menos largas, a distintos hombres que ocupan destacadas posiciones en el campo de la ciencia general y de la medicina. Entre las personalidades que nos han visitado, queremos mencionar especialmente las siguientes: el Dr. Oliver L. Fassig, perteneciente al Laboratorio Meteorológico de Blue Hill, de la Universidad de Harvard; el Dr. William W. Coblentz, Físico del Buró de Contrastes, de Washington, D. C.; los Dres. Randolph West, Profesor Agregado de Medicina Interna, Raymond Dochez, Profesor de Medicina Interna, Gary N. Calkins. Profesor de Protozoología, Chester W. Emmons, Profesor Agregado de Micología, Maurice N. Richter, Profesor Auxiliar de Anatomía Patológica, Allen O. Whipple, Profesor de Cirugía de la Cátedra Valentine Mott y Luis M. Rousselot. Instructor de Cirugía, pertenecientes los siete últimos a la Facultad de Medicina de la Universidad de Columbia,

Hemos sido honrados además con la visita ocasional a nuestra Institución del Dr. William Thompson, perteneciente al Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, de los Dres. John A. Farrell y A. G. Warren, Directores Agregados de la División Internacional de Salud Pública de la Fundación Rockefeller, del Dr. B. E. Washburn, Director de la División Internacional de Salud Pública en la Región del Caribe, de la Fundación Rockefeller, del Dr. Leo S. Rowe. Director General de la Unión Panamericana y de S. Ex. el Gobernador de Puerto Rico, Hon. Blanton Winship.

Otro suceso de grata recordación fué la sesión científica celebrada en nuestro edificio durante uno de los días del mes de diciembre, con ocasión de la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, a la que concurrieron unos ciento y pico de médicos de toda la Isla para oir la disertación del Profesor Randolph West sobre "Aspectos clínicos de la anemia." Durante el mismo día de la sesión aquí celebrada se presentaron a la contemplación de los visitantes notables exhibiciones de los trabajos que verifican los distintos departamentos de la Escuela.

Hemos de mencionar con especial satisfacción y justo orgullo la erección, en el año fiscal que termina, de una ampliación del edificio de la Escuela, lo que pudo verificarse gracias a la generosa ayuda económica que nos prestara la P.R.E.R.A. (Puerto Rico Emergency Relief Administration). Hemos podido casi terminar, pues sólo faltan leves detalles, la fabricación de dos cuerpos laterales de tres pisos cada uno. en el edificio de la Escuela, que dispone ahora de 17 locales para laboratorios y dependencias adicionales, salas de disección, almacenes,

áulas para clases, ampliación, en fin. de espacio, del que estábamos muy necesitados. Se acabó de edificar también la dependencia para alojamiento de animales de laboratorio, que es actualmente un edificio de cemento armado que mide 146 pies de largo por 26 de aucho.

La contribución a la literatura científica durante el año en nuestra Revista. The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine y en otras publicaciones médicas, revistas especiales y tratados doctrinales puede señalarse como uno de los más meritorios esfuerzos verificados por los miembros de nuestra Facultad. En las conferencias pronunciadas en la Escuela se han puesto a discusión 21 temas distintos de excepcional interés.

PERSONAL TECNICO Y FACULTATIVO.

La norma establecida por nosotros de estimular a los miembros de la Facultad para que aprovechen todas las oportunidades posibles para la investigación y ampliación de sus conocimientos, nos permite informar que en el presente año están llevando a cabo estudios especiales fuera del país, o los han terminado ya, diversos miembros de nuestra Escuela. Los doctores Rafael Rodríguez Molina y Pablo Morales Otero permanecieron varios meses en la Universidad de Columbia, dedicados a perfeccionar sus especialidades de hematología y bacteriología, respectivamente; el Dr. Joseph Axtmayer retornó a la Escuela después de estar un año realizando ciertas investigaciones de química biológica en la Universidad de Rochester; el Dr. Enrique Koppisch, Jefe del Departamento de Anatomía Patológica, se encuentra actualmente en Basilea, Suiza, disfrutando de una beca concedida por la Fundación Rockefeller, para el estudio de los virus filtrables; el señor don Luis Hernández pasó los meses del invierno en la Universidad de Michigan estudiando patología clínica, y la Srta, Trinidad Rivera continúa en la Universidad de Columbia llevando a cabo algunas investigaciones químicas.

Al cabo de nueve años que tiene de existencia la Escuela de Medicina Tropical y de los siete que lleva funcionando el Hospital de la Universidad, figuran en la nómina de pago 106 personas entre las Facultades y el personal técnico y administrativo de ambas Instituciones. Han continuado prestando sus servicios profesionales sin remmeración 22 médicos del Cuerpo Facultativo del Hospital, a más de los cuales hay 6 miembros de la Facultad de la Escuela que dividen su jornada trabajando en ambas Instituciones, lo que hace un total de 128 empleados de todas las categorías, entre cuyo personal figuran incluídos 1 médico, 6 enfermeras, 4 ayudantes técnicos y 2 oficinistas, estos últimos realizando una labor especial devengando su sueldo de una subvención concedida por la P.R.E.R.A.

Durante el año académico hemos tenido una matrícula de 30 estudiantes en cursos especiales, 6 de los cuales estuvieron estudiando patología clínica. Se concedió además permiso a 9 personas para practicar trabajos de investigación.

Tenemos que consignar con sentimiento que han renunciado los puestos que desempeñaban en el Hospital los doctores Jorge del Toro, Cirujano Jefe de la Institución, M. B. Caballero, encargado del servicio de otorrinolaringología y José C. Ferrer, del de urología.

SEMINARIOS, CONFERENCIAS Y LECCIONES CLINICAS.

Las reuniones médicas verificadas durante el curso académico han resultado de excepcional importancia, a las que han concurrido numerosas personas interesadas en los problemas médicos o de ciencias afines que se han tratado en las conferencias pronunciadas. Véanse a continuación los títulos de éstas y los nombres de los conferencistas:

NOVIEMBRE, 1934.

Día 1º Seminario: Anatomía patológica en la esquistosomiasis experimental. Dr. Enrique Koppisch.

Dia 15. Clínica: Actinomicosis. Dr. Arturo L. Carrión.

Día 22. Conferencia Clínicopatológica: Dr. Alberto Rivero.

DICIEMBRE, 1934.

Día 20. Conferencia: Substancia antianémica en el hígado y el estómago. Dr. Randolph West.

ENERO, 1935.

Día 3. Conferencia: Actinomicosis y Actinomices. Dr. Chester W. Emmons.

Dia 17. Clinica: Apendicitis. Dr. William R. Galbreath.

Día 24. Conferencia Clínicopatológica: Dos casos que ilustran sendas enfermedades del sistema nervioso central y del hígado. Dres. Maurice N. Richter y Alberto Rivero.

Día 31. Conferencia: Resultado de las investigaciones sobre difteria en Puerto Rico. Dr. E. Garrido Morales.

FEBRERO, 1935.

Día 7. Conferencia: Problemas que plantea la medición de la radiación ultravioleta en su aplicación a la medicina. Dr. W. W. Coblentz.

Día 21. Clínica: Carcinoma del hígado, del estómago y del páncreas. Dr. Jorge del Toro.

Carcinoma del estómago. Dr. J.

Noya Benítez.

Ictericia. Dr. José Plá.

Dia 28. Conferencia: Longevidad del protoplasma, especialmente en los protozoarios. Dr. Gary N. Calkins.

MARZO, 1935.

Día 7. Conferencia: Influenza e infecciones afines. Dr. A. Raymond Dochez.

Día 21. Clínica: Estudios hematológicos en el esprú. Dr. Ramón Suárez.

Día 28. Conferencia Clínicopatológica: Dos casos ilustrativos de enfermedades de los órganos hematopoyéticos.

Dres. Maurice N. Richter y Alberto Rivero.

ABRIL, 1935.

Día 4. Conferencia: Leucemia. Dr. Maurice N. Richter.

Día 25. Conferencia Clínicopatológica: Dos casos que ilustran enfermedades de la vesícula biliar y del sistema vascular. Dres. Maurice N. Richter y Alberto Rivero.

MAYO, 1935.

Día 2. Seminario: Determinación de la antiestreptolisina y de la antifibrolisina existentes en la sangre de los enfermos de linfangitis tropical recurrente. Dr. Pablo Morales Otero.

Día 16. Clínica: Linfangitis. Dres. Jenaro Suárez y Juan A. Pons.

Día 23. Conferencia Clínicopatológica: Dos casos que ilustran sendas enfermedades del sistema vascular. Dres.

Maurice N. Richter y Alberto Rivero.

BIBLIOTECA.

Gracias a la ampliación del edificio, de la que ya hemos hecho mención, se ha podido aumentar la capacidad de la biblioteca añadiéndole un nuevo salón provisto de anaqueles para libros. La capacidad de esta dependencia era muy exigua y así, con la ampliación actual, pueden ya acomodarse fácilmente todos los miembros de la Facultad y el creciente número de lectores que acude a ella. Actualmen-

te se reciben 190 publicaciones periódicas que tratan de todas las especialidades de las ciencias médicas y sus afines. De dichas publicaciones, 61 se reciben por suscripción, 102 como canje con el órgano oficial de la Escuela. The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine, y 27 se adquieren libre de costo. Tiene la Biblioteca catalogados y en uso hoy día 943 libros de texto, 2,278 volúmenes encuadernados de revistas y periódicos y 5,372 publicaciones diversas. Desde el año pasado está nuestra Biblioteca afiliada a la Asociación Nacional de Bibliotecas de Ciencias Médicas, y merced a ello disfruta del servicio de intercambio y préstamo de libros. Por medio de este servicio y de las numerosas amistades con que cuenta la Escuela ha recibido la Biblioteca números sueltos de revistas para completar colecciones o le han sido donados tratados científicos de que carecía.

REVISTA DE MEDICINA TROPICAL.

Desde junio de 1934 hasta el mismo mes del 1935 han visto la luz 5,000 ejemplares de nuestra Revista, The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine, que hoy se publica trimestralmente. En el año se han distribuido 448 ejemplares canjeados con otras publicaciones de su mismo género, 384 a los subscriptores, 2,000 como donativo a bibliotecas, instituciones científicas y personalidades de relieve en la ciencia médica, quedando el resto en depósito con el que atendemos a las constantes demandas que llegan por números atra-Nuestra Revista hoy día circula sados. por todo el mundo y es leída en todas partes con interés, como se demuestra

por el número de cartas referentes a ella que reciben los redactores. Quizás uno de los aspectos más alentadores sobre el progreso realizado por "The Journal" en el año pasado es el aumento y la calidad del número de subscriptores que ha habido durante todo el año, lo cual dice mucho del crédito que goza, en lo que hay que reconocer la utilidad de las excelentes traducciones al español verificadas por el Dr. Ramón Lavandero.

DEPARTAMENTOS DE INVESTIGACION.

Departamento de Bacteriología. El personal de este Departamento se ha dedicado principalmente al estudio de problemas médicos de gran importancia en el país, tales como la investigación epidemiológica de la tuberculosis, reacciones de inmunidad en la linfangitis tropical recurrente y algunas otras cuestiones científicas de menor importancia, como fueron la brucelosis del ganado y la enteritis. Las investigaciones referentes a la contracción de la tuberculosis en las obreras empleadas en la industria del tabaco y de labores de aguja han logrado terminarse; pero continúa aún el estudio epidemiológico de la misma enfermedad en las barriadas pobres que rodean la cindad de San Juan, con cuyo estudio se están descubriendo muchos datos de positivo valor sobre la contagiosidad tuberculosa. Con la cooperación del Departamento de Química se están llevando a cabo ciertas investigaciones sobre alimentación, en un grupo de familias de obreros industriales. Estas investigaciones, hoy en pleno desarrollo, están relacionadas con las de la epidemiología de la tuberculosis y ambas han sido planeadas, dirigidas e inspeccionadas por un comité compuesto del Jefe del Negociado de Tuberculosis del Departamento Insular de Sanidad, del representante en Puerto Rico de la Fundación Rockefeller y el Jefe del Departamento de Bacteriología de la Escuela de Medicina Tropical. Para realizarlas se cuenta con una subvención de la P.R.E.R.A. con la que se atiende a todos los gastos, excepto a los de viaje y a la compra de tuberculinas. Los detalles técnicos de toda esta labor investigadora han sido publicados en el número de junio del The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine, dedicado casi todo él a la tuberculosis.

Queremos mencionar, sin embargo, algunos hechos referentes al trabajo verificado. De los 4.032 casos de tuberculosis que fueron observados, resultó un 79% con reacción positiva a la invección intradérmica de tuberculina antigua. El porcentaje de tuberculinorreacciones más elevado fué de 98% en los adultos de 30 a 40 años de edad. En los infantes menores de un año las tuberculinorreacciones positivas llegaron al 24%. Del número total de sujetos examinados, 1,293, o sea, el 32%, convivían entonces o habían convivido en el mismo hogar con casos confirmados de tuberculosis pulmonar. En las radiografías tomadas a 3,190 casos investigados resultaron 2.5% positivos. La proporción de casos positivos que se descubrieron en un grupo compuesto de 222 costureras y 232 despalilladoras de tabaco, más sus familiares respectivos, que sumaban 2,000 personas, resultó ser 3% entre las personas que componían el primer grupo y 2% en las del segundo.

La investigación de tuberculosis en una barriada pobre (Barrio Obrero) de San Juan, aunque todavía no se ha terminado, está dando los mismos resultados numéricos. Entre los sujetos examinados en dos secciones de los suburbios de gente humilde, seleccionados previamente para la investigación, se ha encontrado el 3% de casos positivos en una sección y el 2.1% en la otra.

Hánse terminado las labores emprendidas sobre el B.C.G.; las que se refieren a la influencia de la clase de alimentación en la tuberculosis experimental, y las de determinación de la sensibilidad para la contracción de la enfermedad; pero esperamos se nos remita el informe de las investigaciones para someterlo a comprobación por el Departamento de Anatomía Patológica.

Merece destacarse de manera especial los progresos verificados por este Departamento en el estudio del estreptococo hemolítico aislado en las lesiones locales de linfangitis tropical recurrente, habiéndose demostrado que los sujetos que sufren de dicha enfermedad poseen un alto contenido antiestreptolítico y antifibrinolítico que puede comprobarse durante el ataque y después que éste ha pasado, disminuvendo progresivamente v volviendo a elevarse cuando sobreviene una recaída de la enfermedad. Los filtrados de cultivos del estreptococo hemolítico se han estado ensayando en el tratamiento de la linfangitis, habiéndose obtenido resultados alentadores. Si se lograse aliviar siguiera los ataques agudos de la enfermedad, ello constituiría un descubrimiento de gran importancia. La linfangitis aguda, según dicen los bacteriólogos, es, a lo que parece, "un complicado proceso patológico en el que toman parte tanto la hipersensibilidad individual del enfermo a los productos proteicos como las toxinas elaboradas por el microorganismo".

Departamento de Química. La labor principal de este Departamento ha consistido en determinar el contenido vitamínico A de ciertas substancias y en perfeccionar y terminar algunos trabajos ya comenzados el año pasado con la ayuda pecuniaria de la Fundación Rockefeller.

Una de las investigaciones más provechosas fué la que se hizo averiguando el contenido de vitamina A en el aceite de hígado de tiburón. Para esta labor el Departamento utilizó los servicios del señor Asenjo, que fueron sufragados por la P.R.E.R.A., y de la Srta, Dalman, habiéndose podido, después de muchos tanteos, obtener en los laboratorios del Departamento un aceite de gran potencia vitamínica (de 12,000 a 15,000 unidades por gramo) lo que constituye un éxito importante, pues, según descubrimientos recientes que han sido recibidos con gran beneplácito en la literatura médica, el aceite de higado de mero era el que se creía que poseía mayor cantidad de vitamina A.

Se ha proseguido y está próxima a terminarse la tarea de determinar el valor nutritivo de los distintos productos alimenticios que se consumen en el país, comparando entre sí el régimen alimenticio habitual en los Estados Unidos con el del menú corriente en la población urbana y rural de Puerto Rico. Los análisis practicados hasta la fecha demuestran que existe una gran divergencia entre dichos regimenes alimenticios en lo que respecta al contenido vitamínico A. Si aceptáramos que la ración alimenticia diaria de una persona debe contener 2,200 calorías, encontraremos que esa misma ración en los Estados Unidos contiene 6,800 unidades de vitamina A., en la población urbana de Puerto Rico sólo contiene 2,000 y en la comida habitual del "jíbaro" 1,200. No existe, en cambio diferencia notable en los tres regímenes alimenticios en lo que se refiere al contenido de proteínas, grasas e hidratos de carbono.

Practicáronse también en los laboratorios de este Departamento diversos análisis para determinar el contenido vitamínico de algunos frutos y productos alimenticios que se utilizan en Puerto Rico: jalea de guayaba, pepino angolo, dulce de batata, papaya, miel, cagüil, perejil y algarrobo. El contenido en vitaminas B₁ y G de la alimentación habitual del campesino se ha comprobado que no es más de 0.8 unidades por gramo.

Han progresado mucho los análisis que se venían practicando para determinar el contenido de vitamina A según el método de Sherman-Todhunter de dosis única (single feeding) y también los efectos sobre el crecimiento, utilizando para el experimento la alimentación ordinaria del "jíbaro." Todo parece indicar que a esta alimentación "le falta variedad de elementos proteicos y no contiene cantidad suficiente de sales de calcio y vitamina A."

Continúanse estudiando los productos amiláceos existentes en las sustancias alimenticias más comunes de Puerto Rico y las propiedades antiencímicas de ciertos parásitos intestinales de los mamíferos.

Departamento de Medicina Interna y Hospital de la Universidad. El Hospital de la Universidad sigue prestando las mismas facilidades para la investigación de las enfermedades de los países cálidos y de ciencia pura que en los años anteriores. Los distintos Departamentos de la Escuela han emprendido diversos trabajos en colaboración, algunos ya concluidos y otros muy avanzados.

En colaboración con el Departamento de Bacteriología se está efectuando un estudio muy minucioso de la linfaugitis tropical recurrente. Dicho estudio es de gran importancia, pues, como hemos dicho antes, en él se ensava un método curativo que promete grandes resultados. El Departamento de Parasitología contribuye con sus técnicas al estudio clínico de la uncinariasis y de la esquistosomiasis; el de Micología dedica parte de sus actividades al servicio del Hospital en la observación de las enfermedades de la piel, estudiando los distintos agentes etiológicos de estas enfermedades. A pesar de la penosa labor ordinaria que se lleva a cabo diariamente en el Hospital. algunos de los médicos de su Cuerpo Facultativo han podido dedicar parte de su jornada a estudiar los aspectos más interesantes de las enfermedades tropicales, han ayudado en la preparación de exhibiciones y demostraciones de casos clínicos y han tomado parte en las discusiones suscitadas en los cursos de conferencias clínicopatológicas.

El Hospital de la Universidad todavía se confronta con la dificultad de no poder complacer las demandas de ingreso que a él llegan de toda la Isla. Según hemos informado en años anteriores, tanto la Escuela como el Hospital tienen un serio conflicto, pues la capacidad de éste no es más que de 45 plazas, que no bastan para llenar las necesidades urgentes del público. El personal de la Escuela, además de su tarea ordinaria de investigación y enseñanza que requieren gran cuidado y atención, sigue desempeñando todo el tra-

bajo de laboratorio que necesita el Hospital para ayuda de la clínica.

A menos de que esta situación no cambie radicalmente, de tal manera que se provea de asistencia médica efectiva a la población enferma e indigente de la Isla y se logre así aliviar y resolver de una vez sus miserables condiciones de existencia, el Cuerpo Facultativo del Hospital se habrá de confrontar con una situación muy seria en el año venidero, y ello no tanto por la falta de recursos económicos sino por la desilusión que provoca el considerar la inutilidad del esfuerzo ante el grado de penuria de la gente, imposible de remediar en el estado de cosas actual. Repetidas veces se ha intentado auxiliar y confortar con esperanzas a los Jefes del Hospital, para que puedan seguir prestando los servicios, cada vez más numerosos, que se les exige; pero debido a la falta de fondos y a la escasez de personal y, sobre todo, a las especiales circunstancias en que tiene que trabajar el Hospital de la Universidad, va a ser imposible atender a las necesidades de la población indigente de toda la Isla si no se proveen medios más adecuados para su hospitalización.

Los consultorios clínicos del Hospital desempeñan un servicio muy eficaz y de gran importancia, tanto para el público como para la Escuela; para el primero. porque la gente sin recursos puede acudir a ellos gratuitamente, y para la Escuela, porque en los consultorios es donde frecuentemente apareceu los casos patológicos más interesantes para ser observados. La nueva reglamentación que se puso en vigor el mes de septiembre del año 1933, ha seguido dando excelentes resultados después que se han corregido algunas de sus deficiencias; aunque todavía, sin embargo, es muy dilatado el tiempo que se dedica al examen y tratamiento de cada enfermo, si lo comparamos con el que se emplea en consultorios de instituciones similares en los Estados Unidos. Aquí los enfermos tardan semanas y meses en ser dados de alta, y allí solamente días o semanas, lo cual se debe a la precaria salud de la gente que acude a estos consultorios. a la miseria fisiológica causada por la alimentación insuficiente y a lo ayauzado de sus dolencias, que tardan mucho en curarse, cuando se curan. El número de días que, por término medio, permanecen los enfermos hospitalizados, cuando ello es necesario, es 33.3 días; los casos a media paga (semiprivados), 10.8 días, y los de paga completa 8.9 días. En los Estados Unidos el tiempo de hospitalización de los enfermos pertenecientes a todas las clases sociales es, por término medio, solamente de 14 días; mucho menos que aquí.

El público sigue demostrando gran estima por los servicios médicos que rinde el Hospital, al que acuden enfermos de casi toda la Isla. Durante el pasado año éstos procedían de 42 poblaciones distintas, algunas no pertenecientes al distrito hospitalario donde está enclavado el Hospital: tales, p. ej.. Yabucoa, Utuado y Orocovis de donde procedían muchos, y que hubo que admitir por complacer especiales demandas de algunos médicos o por la naturaleza de la enfermedad que padecían, imposible de tratar en otro sitio.

Gracias al celo e interés desplégado por la señora Dorothy D. Bourne en el estudio y solución de las condiciones económicas del país, hemos instituido en el Hospital un servicio de investigación medicosocial a cargo de una investigadora que se ocupa de recoger todos los datos referentes a este particular en cada caso, consignándolos en un registro especial, para que puedan servir en futuras contingencias. A más de eso, la investigadora social deberá tratar por todos los medios a su alcance de que el enfermo al ser dado de alta reciba la atención que requiere su estado de salud, tanto en lo que se refiere a la dieta como a la atención médica si fueren necesarios. Al inaugurarse ese servicio hubo que hacer muchas investigaciones preliminares para aiustarlo a las condiciones locales, pero de ahí en adelante la labor ha progresado en tal forma que constituye hoy, sin duda alguna, una de las actividades más valiosas del Hospital y de utilidad innegable, habiendo sido en gran parte sostenida con fondos donados por la P.R.E. R. A., la cual paga los gastos de transporte y las medicaciones especiales que, a veces, necesitan los enfermos por mucho tiempo.

La reorganización del Servicio de Enfermeras del Hospital ha resultado, en general, satisfactoria, annoue habrá que corregir algunos pequeños detalles, cuando podamos reajustar el presupuesto de la Institución. Los fondos asignados para este objeto por la Legislatura sólo permiten el empleo de 6 enfermeras. En el año que acaba de pasar hubo que emplear otras 6 cuvos sueldos fueron sufragados por la P.R.E.R.A. y asignadas al Hospital. Sin esta última circunstancia la Institución no hubiera podido atender debidamente a la asistencia hospitalaria. pues es completamente imposible llenar las atenciones médicas y quirúrgicas de un hospital de cuarenticinco camas (que suelen aumentarse hasta cincuentidós la mayor parte del año), donde además hay una concurrencia asidua y numerosa de enfermos a los consultorios, con 6 enfermeras graduadas únicamente. Un hospital cualquiera de esta capacidad no puede tener atendidos debidamente sus servicios médicos y quirírgicos con menos de 12 enfermeras graduadas.

Departamento de Micología. Según dejamos consignado al comienzo de esta Memoria, este Departamento ha tenido que lamentar la irreparable pérdida de sn jefe, el Profesor Bailey K. Ashford, que venía desempeñando ese puesto desde sn fundación, en el año 1926, y en el que había realizado sus profundas investigaciones e interesantes contribuciones al estudio del esprú y a otros distintos aspectos de la micología. El Dr. Ashford estuvo trabajando en sus laboratorios hasta unos meses antes de su muerte.

Mientras duró la enfermedad del Dr. Ashford y después de su fallecimiento, le sustituyó el Dr. Arturo L. Carrión. auxiliado eficazmente por el Dr. Chester W. Emmons, perteneciente al Departamento de Micología de la Universidad de Columbia, y por la señorita Matilde Otero, especializada en Micología general en la misma universidad. El Dr. Carrión ha continuado las labores emprendidas en los laboratorios del Departamento en mutua cooperación con el Dr. Emmons, habiéndose realizado toda la tarea ordinaria y emprendido algunas otras.

Hánse descubierto en este año algunos nuevos casos de cromoblastomicosis, inaugurándose su estudio, y sometiendo a cuidadosa revisión todo lo concerniente a la clasificación del hongo causante de esta enfermedad en los trópicos, asunto éste que ha venido siendo objeto de nna porfiada discusión desde el año 1922. Después de haber identificado varias razas distintas de hongo, procedentes de Brasil. Africa y Puerto Rico, el Departamento cree que el hongo en cuestión debe definitivamente clasificársele dentro del género Hormodendrum y ha aceptado la de

nominación Hormodendrum pedrosoi como la más correcta.

Se ha descubierto y estudiado por el Jefe de este Departamento una nueva forma de cromoblastomicosis cuyo agente etiológico es otro hongo no descrito aún. que parece ser una especie distinta, perteneciente también al género Hormodendrum, y se le ha denominado Hormodendrum compactum, esp. nueva.

Las investigaciones sobre la actinomicosis iniciáronse este año con el estudio de un caso de infección generalizada, en el que se aisló el Actinomyces bovis, cuyo hallazgo y el estudio micológico que de esta especie ya se ha realizado demuestran la existencia de la enfermedad en el país, lo que ha despertado mucho interés entre la profesión médica, y concedido por tanto gran importancia a la posible frecuencia con que se pueda padecer esta micosis en Puerto Rico. Se investiga, por otra parte, con minucioso cuidado la presencia de actinomices en las amígdalas después de operadas, habiéndose aislado hasta la fecha varias razas actinomicéticas muy parecidas al A. bovis, con las que se han practicado inoculaciones experimentales. Creemos importantes estos hallazgos que pudieran dar validez a la antigua teoría de que las amígdalas quizás sirvan de alojamiento a los actinomices y constituven entonces un reservorio parasitario en el organismo humano. Estas investigaciones están siendo dirigidas e inspeccionadas por el Dr. Emmons.

Ha proseguido con gran resultado la observación de las tricofitosis, comprobándose que los agentes causales de estas enfermedades son el *Trichophyton acuminatum* y el *Microsporum felineum*. Investíganse varias especies de hongos en relación con las epidermofitosis, que son las micosis que con más frecuencia se

encuentran en las clínicas de dermatología del Hospital y en toda la Isla, clasificando las lesiones que producen según su aspecto clínico, observando si existen ciertas relaciones de inmunidad, y estudiando también los hongos saprofíticos existentes en la epidermis y la relación que las epidermofitosis puedan tener con la linfangitis tropical recurrente.

Además de las actividades antes enumeradas, emprendidas por este Departamento, se ha continuado la consulta semanal para enfermedades de la piel en los consultorios del Hospital, en los que han recibido tratamiento 849 enfermos, entre los cuales se han podido seleccionar algunos casos interesantísimos para ser sometidos a rigurosa observación.

Departamento de Parasitología. El personal de esta dependencia ha dedicado gran parte del año a diversos problemas de su especialidad, trabajando unas veces por separado los miembros del Departamento y otras conjuntamente. Durante el período mayor del curso académico se ha tratado de esclarecer la epidemiología de la esquistosomiasis, y bajo la dirección e inspección directa del jefe, el Dr. William A. Hoffman, se envió una brigada de técnicos a la jurisdicción municipal de Isabela, donde últimamente se había desarrollado esta enfermedad, efectuándose nna investigación preliminar mny laboriosa de las condiciones epidémicas de aquella comarca, en la que se recogieron especímenes de heces fecales de 2,000 habitantes y se hicieron más de 8,000 exámenes coprológicos. Adelantó en gran medida el trabajo emprendido y en un próximo futuro se ensayarán ciertos experimentos para tratar de exterminar en esta región del país el caracol Australorbis glabra-

tus, huésped intermediario de la cercaria mansónica, lo que constituiría, si ello fuera posible y económico, el medio más práctico para erradicar completamente el parásito que produce la esquistosomiasis. En el curso de estas investigaciones, el personal que formaba la brigada que trabajaba en la zona campesina ha aprovechado todas las ocasiones para instruir a las gentes sobre los métodos preventivos más eficaces contra la enfermedad, habiéndose extendido igualmente esta campaña de instrucción profiláctica a distintas organizaciones infantiles y a los campamentos del servicio Forestal Insular y Federal. Con la ayuda de la P.R.E.R.A. será posible emprender pronto algunos ensayos de control epidémico de la esquistosomiasis en gran escala.

Continúa progresando la investigación de la parasitología de la Isla. Este Departamento de la Escuela ha tenido el honor de haber recibido la visita del Profesor de Protozoología de la Universidad de Columbia, Dr. Gary N. Calkins, el cual estuvo aquí dos meses estudiando los protozoarios parásitos de algunos reptiles e insectos.

Si se quiere continuar progresando en el conocimiento de ciertos problemas médicos y biológicas, sobre todo los que se relacionan con la parasitología, es absolutamente necesario proseguir las observaciones de ciertas formas de vida animal, especialmente los insectos que pueden servir de vectores de algunas enfermedades. Así, pues, de acuerdo con estas ideas, el Departamento de Parasitología está colaborando en la redacción de una nueva edición de la obra "Insectae portoricensis", que va a ser publicada por el Dr. George N. Wollcott, miembro de la Estación Experimental de Agricultura de la Isla, y en el tratado "Culicoides del

Hemisferio Occidental," original de los doctores Francis M. Root(†) y William A. Hoffman.

Los estudios hematológicos, sobre todo los que se relacionan con la uncinariasis y esquistosomiasis, marchan con gran vigor, prometiendo alentadores resultados, habiéndose ejecutado conjuntamente con los Departamentos de Anatomía Patológica de la Escuela y con el de Cirugía del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, un minucioso trabajo sobre la histología y hematología de la esquistosomiasis, que habrá de durar varios años. Resulta en verdad sorprendente lo poco que se sabe aún sobre la reacción que experimentan los tejidos del organismo humano ante la presencia del esquistosoma. En realidad, casi no sabemos nada referente a la manera cómo suceden los hechos unos tras otros después de la penetración de la cercaria, produciéndose finalmente un cuadro clinico muy semejante al síndrome de Banti -según hizo notar el Dr. Pablo Bonelli, de Guayama-que es un trastorno patológico crónico y progresivo, en el que toman parte el hígado, el bazo y la médula ósea. La semejanza de estos estados patológicos ha ofrecido ancho campo para la investigación y estudio, que han sido emprendidos gracias a la generosa cooperación técnica y económica prestada por la Universidad de Columbia y por la P.R.E.R.A.

Durante cuatro años y medio ha venido el Departamento de Parasitología trabajando de una manera concienzuda en torno al problema del parasitismo intestinal, averiguando los mecanismos de contracción de las infestaciones y ensayando diversos métodos para dominar y controlar su extensión entre los poblado-

res de una región agrícola (finca La Sardinera), en el Dorado. Esta labor, que abarca todo lo concerniente a la salud y condiciones sanitarias en que vive esta comunidad, se ha proseguido con el auxilio de un parasitólogo y de los estudiantes de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins. Este año, generosamente ayudados por la P.R.E.R.A., y merced al interés personal de la señora Dorothy D. Bourne y de la Universidad de Puerto Rico, se han podido habilitar fondos para utilizar los servicios de una trabajadora social, con residencia permanente en aquella comarca agrícola, que deberá recoger y recopilar todos los datos médicosociales, poniéndose en contacto directo con los sujetos que allí viven. Se necesitarán dos años más para que el experimento pueda llevarse a feliz término y lograr con él sorprendentes resultados.

Departamento de Anatomía Patológica. El personal de esta importante división de la Escuela, ya de manera individual o en unión con otras de la misma Institución o del Cuerpo Facultativo del Hospital, ha venido laborando en distintas cuestiones científicas de excepcional interés e importancia práctica. Durante la ausencia del Dr. Enrique Koppisch que se encuentra actualmente en Basilea, Suiza, ha estado sustituyéndole en la dirección el Dr. Maurice N. Richter, Profesor Auxiliar de Anatomía Patológica del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, ayudado por el Dr. Alberto Rivero, habiéndose podido continuar las actividades ordinarias, entre las que figuran el examen microscópico de muestras patológicas procedentes de material quirúrgico y la práctica de autopsias, que son dos de las más importantes funciones del Departamento. Las muestras patológicas que se reciben en los laboratorios para ser examinadas proceden de todo el país, así como también algunas que llegan de Santo Domingo, Santo Tomás, Santa Cruz y Venezuela. Practicóse el examen microscópico de todos los especímenes patológicos obtenidos en operaciones quirúrgicas y, aunque en menor cuantía, el de todos los tejidos procedentes de los animales sacrificados en los experimentos efectuados en la Escuela y aún algunas muestras patológicas de carácter sospechoso, enviadas por médicos y particulares, obtenidas en ciertos casos de enfermedades humanas o animales.

Se ha proseguido sin interrupción la labor de investigación de la esquistosomiasis humana y de los animales de experimentación. Está próximo a publicarse el informe analítico anatomopatológico llevado a cabo sobre un número crecido de autopsias de casos de tuberculosis entre los habitantes de Puerto Rico, y el trabajo experimental sobre la vacunación contra la tuberculosis con el B.C.G. En colaboración con el Cuerpo Facultativo del Hospital Presbiteriano se ha proseguido el estudio de las encefalitis hemorrágicas producidas por el neosalvarsán y, conjuntamente con el Departamento de Bacteriología, se están practicando observaciones en la enteritis epidémica de los cerdos causada por el B. suipestifer. Esta última investigación, en la que se han efectuado numerosos exámenes bacteriológicos y anatomopatológicos, se emprendió con motivo de una epidemia de cólera porcino que estalló en las porquerizas de la granja del Hospital de Psiquiatría, en Río Piedras. Además de toda la labor anteriormente mencionada, van

muy adelantados los experimentos sobre esquistosomiasis en los monos, constituyendo esto último un proyecto de trabajo emprendido en colaboración con el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia y nuestro Departamento de Parasitología. Progresan ignalmente los trabajos de investigación acerca de la influencia que ejerce la clase de alimentación sobre la tuberculosis experimental y el estudio de la alergia en esta última enfermedad.

Introducción al Estudio de la Fisiología Tropical. La Escuela de Medicina Tropical viene desde hace algún tiempo demostrando un interés científico por el estudio de los efectos fisiológicos y biológicos que puede ejercer el clima sobre la vida animal, especialmente sobre la vida humana, y así, durante los años 1933-34 el Dr. Oliver L. Fassig, Investigador Agregado del Laboratorio de Blue Hill, de la Universidad de Harvard, ha permanecido en la Escuela llevando a cabo ciertas observaciones de las condiciones climáticas de Puerto Rico. Estas observaciones han proseguido en el presente curso académico, basadas todas ellas en un estudio analítico de los datos registrados en las oficinas del observatorio del Buró del Tiempo de los Estados Unidos en Puerto Rico. Existen aguí. desde el año 1898, en que vienen siendo recopilados sin interrupción, todos los datos, registrados automáticamente, referentes a los principales factores climáticos. Este abundante material, el más numeroso quizás en esta parte de América, ofrece la más amplia oportunidad para la investigación y estudio de una zona típica de las Antillas. Aunque el Buró del Tiempo acostumbra a publicar de tarde en tarde breves resúmenes de

los datos registrados en sus observaciones, no se había intentado aún hasta este momento realizar un estudio climatológico, completo y analítico de esta región.

Relacionado con este estudio se está planeando emprender otras investigaciones de los efectos fisiológicos y biológicos de la radiación solar, sobre todo de la luz ultravioleta. Pero antes de que se pudiera comenzar nada definitivo en este sentido, había que diseñar y fabricar un instrumento muy sensible y de gran precisión, que acusase las variaciones de las radiaciones de onda corta existentes por fuera de la porción visible del espectro. Para tratar de resolver este importante problema se pidió la ayuda técnica del Dr. W. W. Coblentz, perteneciente al Buró de Contraste, de Washington, D. C., el cual pasó los dos primeros meses del año en la Escuela de Medicina Tropical, donde pudo continuar sus investigaciones ya en marcha para calibrar un radiómetro Westinghouse que se había instalado. El aparato consta de unas células fotoeléctricas de titanio o de torio, conectadas a unos condensadores apropiados, que se han calibrado para que puedan acusar radiaciones de ondas de longitud menor de 3,130 unidades Armstrong calculadas en ergios por centímetro cúbico.

SERVICIOS ORDINARIOS EN LOS DISTINTOS DEPARTAMENTOS DE LA ESCUELA.

A más de la labor pedagógica, experimental y de auxilio clínico al Hospital de la Universidad, el personal de los distintos Departamentos de la Escuela brinda sus servicios técnicos al público en general, a los hospitales públicos y particulares y a los profesionales médicos y veterinarios que los solicitan; pero la

prestación desinteresada, generosa y siempre gustosa de estos servicios, va aumentando progresivamente cada año que pasa.

En el Departamento de Bacteriología se practicaron en el año pasado 1,892 exámenes corrientes de diversa íudole, entre los que se cuentan cultivos de sangre, reacciones de Wassermann y Kahn, exámenes de esputos, frotis de exudados, sedimentos de orina, pus, líquidos pleuríticos y ascíticos, etc.

El Departamento de Química realizó también en el mismo espacio de tiempo 7,264 análisis diversos, de los que 2,702 fueron de orina; 2,958, de sangre; 370, de jugo gástrico; 498 determinaciones químicas en heces fecales; 673 pruebas de líquido cefalorraquídeo y 63 de otra naturaleza.

El personal del Departamento de Parasitología practicó 2,697 exámenes parasitológicos de sangre y heces fecales; a cuya labor hay que agregar 185 exámenes completos para el diagnóstico de la esquistosomiasis, más de 8,000 coprológicos en unos 2,000 sujetos y 4,735 de sangre para malaria y distintas pruebas serológicas, lo que hace un total de 15,617 exámenes corrientes en un período de nueve meses.

Desde el día 1 de julio de 1934 al 30 de junio de 1935 se han llevado a cabo en el Departamento de Anatomía Patológica 61 autopsias y se han examinado 1,711 cortes patológicos, con un número exhorbitante de preparaciones microscópicas para cada corte. A más de los 2,036 exámenes que en total se han practicado, el Departamento ha prodigado sus servicios y prestado ayuda generosa a los médicos que lo han solicitado.

El número de enfermos ingresados en el Hospital de la Universidad durante el año llegó a 585, habiéndose verificado 244 operaciones quirúrgicas. Los días de asistencia hospitalaria para ese número de enfermos suman 13,782.

Los consultorios del Hospital prestaron asistencia facultativa a 9,094 enfermos que asistieron a las consultas, de los cuales 1,000 eran casos nuevos y 8,094 antiguos. A causa de la falta de capacidad hospitalaria para la acomodación de enfermos y a la escasez de personal subalterno, hubo que rechazar la admisión de 530 casos procedentes de los distritos municipales de la Isla.

Además de los exámenes ordinarios de laboratorio que se practicaron en los Departamentos de la Escuela para el servicio clínico del Hospital, en el pequeño laboratorio de esta última Institución se llevaron a cabo con fines diagnósticos 2,705 exámenes diversos, y en el gabinete de Rayos X se tomaron 904 radiografías.

Aunque no es el propósito de este informe hacer resaltar el volumen de labor que tanto el Hospital como la Escuela verifican anualmente sin costo alguno por parte del público y sólo en su exclusivo beneficio, débese, no obstante, señalar que a pesar de no ser la función principal de estas instituciones el prestar estas clases de servicios ordinarios de laboratorio, ambas han contribuido en beneficio de la comunidad en general, realizando una cantidad enorme de labor en sus laboratorios, que si se fuera a valorar supondría una suma aproximada de \$67,224.00.

PUBLICACIONES CIENTIFICAS.

No obstante el enorme trabajo regular de los distintos departamentos de la Escuela y a despecho de las incomodidades que hubo que pasar mientras se construían los dos cuerpos con que se ampliaba el edificio, variando la disposición interior de los locales en que están instaladas las distintas dependencias, los miembros que componen la Facultad han podido contribuir con su pluma al progreso de la medicina, publicando diversas comunicaciones de alto interés científico. A causa de la muerte del Dr. Francis M. Root, de la Universidad de Johns Hopkins, el Dr. William A. Hoffman, Jefe del Departamento de Parasitología y colaborador del Dr. Root ha tenido que hacerse cargo de la edición de la obra en preparación "Culicoides of the Western Hemisphere", próxima a ser publicada. En el tratado de medicina "Agents of Discase and Host Resistance," escrito por el Dr. Frederick P. Gay han colaborado tres miembros de la Facultad de la Escuela: El Dr. George W. Bachman. que contribuyó con el capítulo "Helminths as Agents of Disease," el Dr. William A. Hoffman, con "Diseases Carried by Arthropods" y el Dr. Pablo Morales Otero, con "Brucella Infection."

Véase a continuación la lista detallada de las comunicaciones publicadas por el personal de la Escuela:

- Bachman, G. W., Rodríguez Molina, R. y Oliver González, J. Anomalous and non-specific reactions with Trichinella spiralis antigen in relation to other disease conditions. Amer. Jour. Hyg., Vol. XX., No. 2, September, 1934, pps. 415-423.
- Bachman, G. W. y Oliver González, J. Virulence of Trichinella spiralis in a natural and in an experimental host. Proc. Soc. Exp. Biol & Med., Vol. XXXII., No. 1, October, 1934. p. 96.
- Carrión, A. L. El Granuloma Inguinal en Puerto Rico. Informe preliminar. Bol. Asoc. Méd. de P. R., Año XXVII., No. I, Enero, 1935, págs. 14-23.
 - Observaciones sobre las dermatomicosis de Puerto Rico. Comunicación complementaria

sobre la etiología de las epidermofitosis. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med. Vol. X., No. 3, Marzo, 1935, págs. 263-269.

Cromoblastomicosis. Comunicación preliminar sobre una nueva forma clínica producida por el **Hormodendrum compactum**, esp. nueva. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med., Vol. X., No. 4, Junio, 1935, págs. 546.

Cook, D. H. Nutrition in the tropics. (En prensa) Costa Mandry, O. Disentería bacilar en Puerto Rico. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med., Vol. X., No. 3, Marzo, 1935, pág. 349.

Del Toro, Jorge. Apendicitis. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med., Vol. X., No. 3, Marzo, 1935, págs. 406-416.

Emmons, C. W. Actinomicosis y actinomices. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med., Vol. XI., No. I, Septiembre, 1935. (En prensa.)

Faust, Ernest Carroll y Hoffman, William A. Estudios sobre la esquistosomiasis de Manson en Puerto Rico. III. Estudios biológicos. I. Etapa extramamífera durante el ciclo vital del parásito. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med., Vol. X., No. I, Septiembre. 1934, págs. 48-97.

Faust, Ernest Carroll, Jones, Charles A. y Hoffman, William A. Estudios sobre la esquistosomiasis de Manson en Puerto Rico. III. Estudios biológicos. 2. La etapa mamífera del ciclo vital. P. R. Jour Pub. Health & Trop. Med., Vol. X., No. 2, Diciembre, 1934, págs. 197-254.

Hoffman, W. Mesocoelium danforthi, Nov. Sp., (Dicrocoeliidae) from a lizard, Celestus pleii, in Puerto Rico. Proc. Helminthol. Soc. of Wash., Vol. II., No I, January, 1935, p. 64.

Martínez Alvarez, Antonio. Puntos aparentes de contacto entre la marcha diaria de los componentes magnéticos terrestres, la de ciertos elementos solares, la presión diastólica humana y los cómputos totales leucocitarios. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med., Vol. X., No. 3, Marzo, 1935, págs. 374-388.

Morales Otero, Pablo y Pomales Lebrón, A. The anti-streptolysin content of sera from cases of recurrent tropical lymphangitis. Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., Vol. XXXI., No. 9, June 1934, pps. 1170-1172.

Fibrinolytic activity of hemolytic streptococci on blood of cases of recurrent tropical lymphangitis. Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. Vol. XXXII., No. I, October, 1934, pps. 110-113. Morales Otero, Pablo. La vacunación contra la tuberculosis. Bol. Asoc. Méd. de P. R., Año XXVII., Núm. 6, Junio, 1935, págs. 137-145. The bacteriology of plague. A review. (En prensa.)

Pomales, Lebrón, A. A bacteriological study of normal throats, pathological throats and tonsils removed at operation in Puerto Rico. Bol. Asoc. Méd. de P. R., Año XXVI., Núm. 12, Diciembre, 1934, págs. 372-390.

Pons, Juan A. y Oms, Mary. Incidencia del rasgo meniscocítico (Eritrocitos semilunares) en Puerto Rico. Informe preliminar. Bol. Asoc. Méd. de P. R., Año XXVI., Núm. 12, Diciembre, 1934, págs. 367-371.

Rivero, A. Notas preliminares sobre la frecuencia de los tumores malignos en Puerto Rico. Bol. Asoc. Méd. de P. R., Año XXVII., Núm. 4, Abril, 1935, págs. 89-96.

Rodríguez Molina, R. Tratamiento de la anemia que acompaña a la uncinariasis. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med., Vol. XI., No. I, Septiembre, 1935. (En prensa.)
Estudios hematológicos sobre la esquistosomiasis de Manson en Puerto Rico. (En prensa.)

Rodríguez Pastor, J., Morales Otero, P. y Payne, G. C. Investigaciones generales sobre la tuberculosis en Puerto Rico. I. Estudio de un pueblo costero y de otro de la montaña. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med., Vol. X. No. 4. Junio, 1935, págs. 482-511.

Investigaciones generales sobre la tuberculosis en Puerto Rico. II. Estudio de dos barrios suburbanos. Informe preliminar. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med., Vol. X., No. 4, Junio, 1935, págs. 523-532.

Rodríguez Pastor, J., Arruza, Juan v Payne, George C. Investigaciones generales sobre la tuberculosis en Puerto Rico. III. Barriadas miserables en los alrededores de San Juan. P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med., Vol. X., 4, 1935, págs. 538-542.

ADMINISTRACION Y RECURSOS ECONOMICOS.

Gracias al esfuerzo infatigable del personal administrativo y de la secretaría de esta Institución, se ha podido hacer una labor eficaz y efectiva durante todo el año, sin el menor tropiezo en el funcionamiento.

La Universidad de Puerto Rico asignó la suma de \$64,330 con destino a esta Escuela durante el curso académico de 1934-35. La subvención anual de la Universidad de Columbia fué de \$26,100. El Gobierno Insular apropió \$42,343.25 para el sostenimiento del Hospital de la Universidad, a cuya suma hay que agregar un remanente de \$1,119.40 del fondo sobrante en julio 1 de 1934, lo que unido a una entrada de \$8,802.63 por el mismo concepto en el presente año, suma un total de \$52,265.31.

Además de los recursos económicos enumerados, la Escuela cuenta con las cantidades siguientes de otras procedencias: un balance de \$2,893.42 que quedaba como remanente de la asignación de la Legislatura para verificar la investigación de las condiciones sanitarias del puerto de San Juan, \$2,110.56, balance remanente de la cantidad con que contribuyó el Departamento de Sanidad a la investigación epidemiológica de la tuberculosis; \$260.00 procedentes de derecho de matrícula y práctica estudiantil, más \$83.36 sobrantes por el mismo concepto del año anterior, o sea \$343.36 en total: \$972.90 de intereses devengados por el "Fondo para becas e investigaciones Bailey K. Ashford," que unidos a los intereses de este año de \$488.75 suman \$1,461.65. De este último fondo se asignaron \$900 para investigaciones en fisiología tropical y \$25 para pago de servicios en el banco de depósito, lo que da un balance de \$536.65 al terminar el año. Las subscripciones a la Revista The Puerto Rico Journal Of Public Health And

Tropical Medicine, órgano oficial de la Escuela, produjeron \$432.96.

La P.R.E.R.A. (Puerto Rico Emergency Relief Administration) ha proporcionado a la Escuela durante el año entradas económicas de gran importancia que pasaremos a detallar ahora junto con las subvenciones recibidas de otras fuentes. Para una investigación sobre la anemia esplénica en la esquistosomiasis, la Escuela recibió una subvención de \$5,400, contribuyendo la P.R.E.R.A. con \$2,900 y el Departamento de Cirugía del Laboratorio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia con \$2,500. La P.R.E.R.A. además asignó el 30 de abril de 1935, \$8,895.65 con destino a una investigación especial de malaria, epidemiología de la esquistosomiasis en la zona de riego en la comarca de Isabela y pago de sueldos al personal técnico v supernumerario de oficinas. Al finalizar el año dicha organización federal contribuyó con una suma adicional de \$2,185.58 para continuar las investigaciones ya mencionadas. A más de todo eso se pagaron \$33,068.17 en concepto de jornales y empleados con fondos de la P.R.E.R.A.. cuando se estaba eonstruyendo la ampliación del edificio de la Escuela. Para esta construcción la Universidad de Puerto Rico asignó \$10,874.01 que fueron dedicados a la compra de materiales.

El fondo creado por la Fundación Roekefeller para estudiar el poder nutritivo de la alimentación en Puerto Rico, arroja un balance de \$2,556.16 el primero de julio del año pasado. Los donativos recibidos durante el año montan a la suma de \$2,900.04 lo que aumentó el balance en favor de la Escuela hasta \$5,456.20. En concepto de pequeños donativos de diversa índole recibió la Escuela \$1,010.72.

El total de recursos económicos con

que ha contado la Escuela durante el año fiscal próximo pasado fué de \$217,-722.59.

NECESIDADES INMEDIATAS DE LA INSTITUCION.

En la Memoria anual del curso académico de 1933-34 llamábamos la atención de la necesidad urgente de que se hiciese una asignación de \$200,000 para desti narlo a ampliar la estructura arquitectónica del edificio escolar. Hoy podemos consignar con satisfacción que merced a la espléndida generosidad de la P.R.E.R. A., y de la Universidad de Puerto Rico hemos logrado realizar gran parte de lo que entonces solicitábamos. Para poder dar término al proyecto de construcción y estar en condiciones de satisfacer las demandas crecientes que pesan sobre la Escuela y el Hospital, es imprescindible dejar acabadas de un todo las modificaciones que se han hecho en la parte recién edificada, verificar las reparaciones y ampliaciones de que está necesitado el Hospital y construir una residencia para las enfermeras y algunas otras dependencias que haeen mucha falta. Calculamos que para este propósito se ha de emplear una suma de \$287,000. Esta cantidad, así como la necesaria para el pago del equipo y de ciertos proyectos de investigación y estudios, es la que hemos solicitado, por intermedio del Canciller don Carlos E. Chardón, el cual liabrá de interponer sus buenos oficios para que se agregue a la petición que hará la Universidad de Puerto Rico a la Administración Federal.

Para que la Escuela de Medicina Tropical pueda cumplir con las obligaciones que los nuevos tiempos le señalan, deberá aprovechar la oportunidad que se le presenta ahora, y así su vida intelectual,

dentro y fuera del país, continuará en franco progreso. Para ello tendrá que aumentar su personal técnico y facultativo y poucrse en condiciones de impartir sus enseñanzas entre las nuevas generaciones, cuya honestidad intelectual y habilidad personal las capaciteu para ocupar los puestos de responsabilidad que esperamos habrán de crearse en el próximo futuro. Y aún debemos añadir, que si la Escuela quiere seguir disfrutando la posición actual en el terreno de la investigación de la Medicina Tropical, deberá crear varias cátedras en propiedad para que los hombres que las ocupen, que deberán ser los más capaces y progresivos de cada departamento, dediquen toda su actividad a la investigación y estudio y pnedan así, por su inteligencia y dedicación absoluta a su labor, exigir respeto y admiración de otras instituciones educativas.

Las visitas periódicas que han girado a la Escuela afamados hombres de ciencia de reputación internacional es algo que nos honra y nos colma de satisfacción: pero cuando esto ocurre pensamos que la Escuela debería darles las facilidades necesarias para su labor y proporcionarles laboratorios con amplitud suficiente para que se encontrasen satisfechos y permaneciesen entre nosotros un tiempo más dilatado. Sería también aconsejable ofrecer ciertas ventajas que hiciesen posible el intercambio de profesores con otras universidades. Hasta la fecha hemos tenido en parte la fortuna de obtener recursos económicos por intermedio de múltiples organizaciones federales y filantrópicas, logrando echar los primeros cimientos de futuros planes, pero para que una institución de este género pueda seguir viviendo y continuar creciendo, deberá, de ahora en adelante, rodearse de hombres de capacidad excepcional y de habilidad extraordinaria.

Si se desea satisfacer estas aspiraciones y llenar cumplidamente estas necesidades, la Escuela de Medicina Tropical habrá de disponer de una asiguación adicional al año de setenta mil dólares (\$70,000.00) con que poder confeccionar su presupuesto. Desde luego, que las subvenciones y las dádivas de instituciones oficiales o particulares son siempre aceptables, y no hay motivo para rechazarlas; pero esta Institución necesitaría, para poder impulsar su meritoria labor científica en el futuro, un fondo permanente de reserva que tendría que ascender a varios millones de pesos.

Deseamos llamar injevamente la atención de esa Honorable Junta de Síndicos sobre las relaciones de mutua dependencia que actualmente existen entre la Escuela de Medicina Tropical y el Hospital de la Universidad. Estas relaciones, según dejamos dicho en informes anteriores, no pueden ser en modo alguno satisfactorias, ni desde el punto de vista administrativo ni científico, pues no hay que pensar que un hospital con una capacidad de cuarenticinco (45) plazas solamente pueda efectivamente llenar las necesidades de un territorio que abarca treintinueve (39) distritos municipales, en donde habita una población de setecientas cincuenta mil (750,000) almas, v reservarse al mismo tiempo un 25% de las camas para los casos especiales de investigación y observación de la Escuela. No puede exigirse que se satisfagan tampoco las obligaciones médicas y hospitalarias para con esa numerosa población y se cumpla al mismo tiempo con la labor investigadora en el estudio de la patología tropical. Proyecto y planes para remediar este estado de cosas no han faltado nunca, constándonos la buena intención y propósitos de la Honorable Junta Especial de Síndicos; pero, debido a la escasez de numerario en la presente situación económica, que hace extremadamente difícil resolver el problema de la hospitalización de indigentes en toda la Isla, nada ha podido resolverse y el problema de la Escuela y del Hospital quedará en pie hasta tanto no se pueda dedicar exclusivamente esta última institución al estudio e investigación de la patología de los países tropicales.

Permitasenos expresar ahora, en nombre del Cuerpo Facultativo y en el mío propio, nuestro más profundo reconoci miento a la Honorable Junta de Síndicos de la Universidad y a su digno Canciller, a la Honorable Junta Especial de Síndicos de la Escuela de Medicina Tropical, al Presidente y a los Síndicos del Comité Especial de la Universidad de Columbia, por la cooperación, ayuda y estímulo que todos nos han prestado en el año académico que acaba de finalizar. Deseamos asímismo, extender nuestras gracias efusivas a la dirección de la Administración de Auxilio de Emergencia de Puerto Rico y reconocer la deuda de gratitud que tenemos contraída con el Comité de dicha Administración, pues merced al interés personal que desplegaron y a su amplia generosidad satisfaciendo nues-

tras demandas, ha sido posible comenzar y llevar a feliz término la ampliación del edificio que ocupa la Escuela, haciendo extensiva igualmente la expresión nuestro reconocimiento a los ingenieros y arquitectos, que se distinguieron por su continuo celo y actividad todo el tiempo que duró la erección de las obras: tampoco queremos olvidar en nuestra expresión de gracias a la Fundación Rockefeller, por la concesión de becas para ampliación de estudios, lo que ha constituido una valiosa contribución al progreso de esta nuestra Institución; al Gobierno de Puerto Rico, a su Excelencia el Gobernador Winship y su Gabinete, y al Departamento de Sanidad, por la cooperación prestada en todo momento, ayudándonos en el estudio de los problemas médicos de este país. Y, por último, pero de la manera más cordial y efusiva, queremos consignar nuestro aprecio a la profesión médica de la Isla por la fraternal actitud y cariñoso estímulo que nos ha demostrado siempre.

Respetuosamente sometido a esa Honorable Junta de Síndicos.

(firmado) Dr. George W. Bachman,
Director de la Escuela de
Medicina Tropical.

(R. L. trad.)

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Año XXVII

Septiembre, 1935

Núm. 9

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe:

Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador: Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. J. Rodríguez Pastor

Dr. Juan A. Pons

NOTAS EDITORIALES

Dedicamos gran parte de este número a la inserción de la Memoria que presenta el Director de la Escuela de Medicina Tropical ante la Junta Especial de Síndicos de la Universidad. En ella puede verse, destacada con suficiente relieve, la meritoria labor llevada a cabo en la Escuela en el terreno de la investigación pura y de la ciencia médica aplicada al estudio de los problemas sociales de nuestro país.

La experiencia en los años que lleva de fundada esta institución autorizan a pensar en el papel significativo que en el orden intelectual ha venido desempeñando, hasta conquistar el respeto y la admiración de los centros más prestigiosos del mundo. La edición del Journal of Public Health and Tropical Medicine, las firmas que lo avaloran, la visita regular y perió-

dica de profesores de universidades del Continente, las investigaciones emprendidas y realizadas, y la cordialidad, estímulo y auxilio técnico que allí encuentra la profesión médica, son cosas bien conocidas de todos nosotros, que no necesitan ponderación ni reclamo. Pero lo que si hay que mencionar y resaltar como se merece, es la labor del Dr. George W. Bachman, por su celo en levantar las normas científicas del personal facultativo, dándole toda clase de facilidades para la realización de estudios y ampliación de conocimientos fuera de nuestro país; lo que sí es de estimarse es la consecución de fondos de la Puerto Rico Emergency Relief Administration, debido a la cual se ha podido ampliar el edificio de la Escuela, que cuenta hoy con numerosos laboratorios y dependencias para el trabajo regular de la institución, y, sobre todo, es digna de elogio la cordial simpatía con que el Dr. Bachman menciona agradecido, al final de su informe, a la clase médica de nuestro país. Esta no ha hecho más que corresponder a la bondad y amabilidad que a ella se le ha demostrado.

En el pueblo de Cayey, sitio donde ejerció su profesión durante la mayor parte de su vida el Dr. Don Simón Moret Muñoz, se llevó a cabo, el día 2 del presente, un homenaje póstumo a su memoria, que consistió en una velada fúnebre y en la dedicación de un mausoleo en el cementerio.

Llevó la iniciativa del homenaje La

Liga Laborista Fraternal de Puerto Rico, a la que se asociaron las autoridades locales, tanto insulares como federales, representantes de la Universidad de Puerto Rico, un pelotón del Regimiento de Puerto Rico destacado en el Puesto Henry Barracks, Dignatarios de la Orden Caballeros del Trabajo, de la Cámara de Esther y de la Asociación Médica de Puerto Rico y el pueblo en general. Fué un acto emocionante, digno de todo encomio, observar allí reunidas, representaciones de todas

las clases sociales, que no han olvidado la labor médica de uno de nuestros compañeros, que fué siempre un amigo de las clases pobres y prodigó su labor humanitaria y altruista hasta el último momento de su vida.

La Asociación Médica de Puerto Rico quiere hacer constar su agradecimiento por este homenaje de recordación cariñosa rendido a uno de sus compañeros.

R. L.

LESIONES DE LOS TEJIDOS

AS SUPURACIONES continuas, resultantes de heridas u otras lesiones de los tejidos, pueden combatirse rápidamente con la irradiación general, además del tratamiento local.

La Antiphlogistine, por su propiedad de prolongar la hiperemia, su plasticidad, que la hace adherible a cualquier parte del cuerpo, y sus cualidades antisépticas y osmóticas, aumenta la resistencia del paciente en tal forma que con su empleo se obtienen resultados sorprendentes en la pronta curación de las lesiones de los tejidos.

ANTIPHLOGISTINE

ANTISEPTICA

ANALGESICA

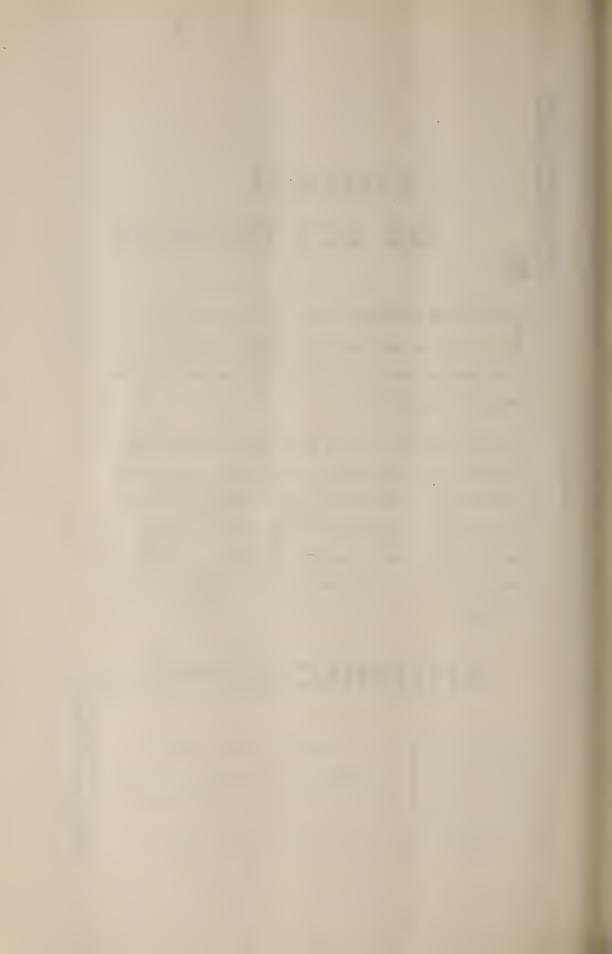
DESCONGESTIVA

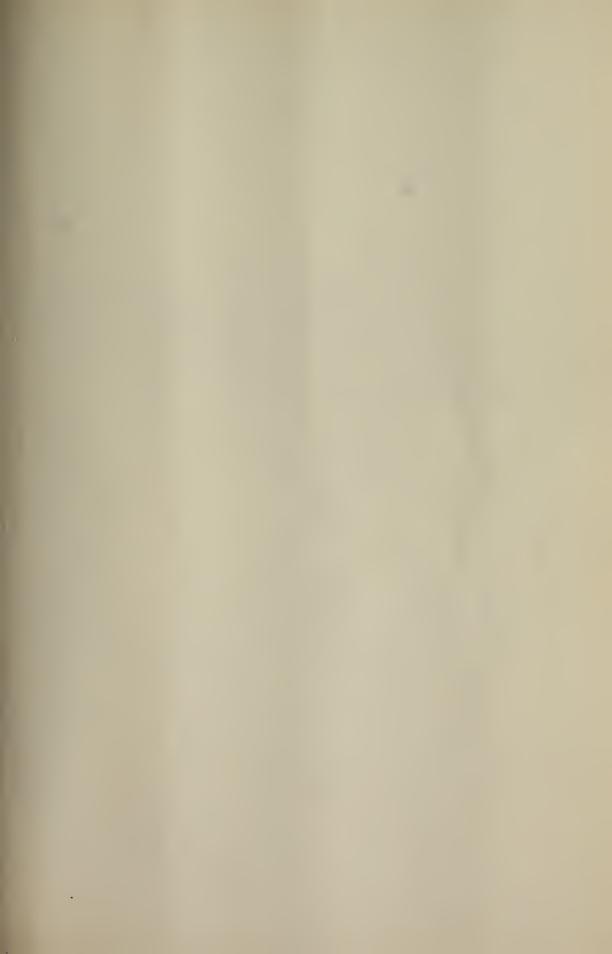
Muestra y literatura a solicitud

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING CO.

163 VARICK STREET . . NUEVA YORK, E.U.A.

LUIS GARRATON, P. O. Box 1541, San Juan







ALIVIO PROLONGADO EN INFLAMACION DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS

En los casos en que hay que reducir la inflamación de los órganos respiratorios y la congestión en los mismos, el tipo antiguo de cataplasma está rápidamente siendo re-emplazado por la más científica Super-Cataplasma

NUMOTIZINE



Numotizine combina los dos efectos necesarios, en una sola fórmula—la acción descongestiva del emplasto de caolina y los efectos analgésicos y antipiréticos, Ientos pero seguros que son propios de sus ingredientes terapéuticos—el guayacol y el salicilato de metilo.

Al hacer su aplicación sobre las áreas afectadas, en casos de torceduras, furunculosis, mastitis, adenitis, orquitis, epididimitis, inflamaciones de la región pélvica, etc., Numotizine calma el dolor, reduce la inflamación y es una granayuda en el proceso curativo.

Muestras y literatura le serán remitidas si las solicita.

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St. Chicago, U.S.A.

Robert & Santini,

Avenida Ponce de León San Juan, Puerto Rico.

Rob	ert	&	Sant	ini,	
Ave	nida	ı P	once	de	León
\mathbf{San}	Jua	n,	Puer	to:	Rico

Dept.P.R.9

Sírvanse enviarme muestras de Numotizine para experimentos clínicos.

Nombre _______
Dirección _______
Ciudad ______ Estado _____



INSULIN LILLY

Recomendado en el Manejo de la Diabetes Mellitus y en la Desnutricion No Diabetica



NOS de investigación y experiencia en la manufactura de grandes lotes de Insulin Lilly han resultado en el desarrollo de métodos de preparación y de normalización que aseguran pureza, estabilidad, uniformidad invariable y eficacia.



ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

FABRICANTES DE PRODUCTOS MEDICINALES DESDE 1876

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico,

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

INDICE

. Página

Hematological Studies in Sprue, Ramón M. Suárez,

M. D., Santurce, P. R._____ 239

Annual Report of the Biological Laboratory of the

Health Department of Puerto Rico-Fiscal Year

1934-35, O. Costa Mandry, M. D., San Juan, P. R. 250

NOTAS EDITORIALES _____ 271

HALIBUT Liver Oil ANDROMACHUS

ACEITE DE HIGADO DE LOS PECES HIPPOGLOSSUS-HIPPOGLOSSUS-L DE LOS MARES DEL NORTE DE EUROPA REFORZADO CON

VITAMINA "D" CRISTALIZADA

Controlado Biológicamente.

Un gramo contiene: 5000 unidades internacionales de Vitamina A 2500 unidades internacionales de Vitamina D

Dosificación a Gotas

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City - New York

Representante para P. R.—ENRIQUE VELEZ POSADA, P. O. Box 1018, San Juan.

SALVADO el correctivo ideal del estrenimiento por su sabor agradable.



Cuando se trata de pacientes de un gusto muy refinado o que no pueden tolerar los laxantes más comunes, el salvado puede ser prescrito a entera satisfacción. Esto es así principalmente en cuanto al Kellogg's ALL-BRAN se refiere.

El salvado suple el residno necesario para una eliminación apropiada; sin embargo, los procedimientos especiales usados en la preparación del Kellogg's ALL-BRAN lo hacen excepcionalmente fino, suave y de un sabor agradable. También es rico en sales de hierro.

Se sirve con leche fría o crema. Kellogg's ALL-BRAN puede prescribirse sin temor alguno en casos de estreñimiento. Un paquete tamaño corriente será enviado gratis al médico que lo solicite.

Kellogg's ALL-BRAN

Representantes:

B. FERNANDEZ & HERMANOS SUCRS.,

Apartado 365 — San Juan, P. R.

ESTE NOMBRE ES SU GARANTIA

Hace cerca de tres generaciones que Wyeth empezó a servir a la profesión médica y se propuso adquirir fama en euanto a confianza, integridad y progreso.

Hoy el nombre Wyeth es reconocido dondequiera como la marca de identificación de preparados farmacé uticos de elaboración tan perfecta como es posible obtener.

Esta confianza adquirida por años y años de éxito, le permite a usted especificar los preparados Wyeth con confianza. John Wyeth & Brother, de Philadelphia, es un nombre del que usted puede depender invariablemente.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. de A.





ANUSOL

ESTA cajita la conocen la mayor parte de los médicos y saben que cada uno de los supositorios que contiene es una promesa de alivio en los casos de hemorroides. Cuando es preciso remediar el dolor y el malestar, reducir la congestión y detener la hemorragia en las hemorroides, nada servirá tan pronta y eficazmente como los Supositorios Anusol. Y sin que en su composición entren substancias narcóticas, analgésicas o anestésicas. Es decir que el alivio de los Supositorios Anusol es verdadero.

DECKE & CO., Inc., 113 West 18th Street, New York, N. Y., E. U. de A.



Esto es AGAROL . . .



... pero, ino esto!

Cuando una emulsión está bien hecha, fluye con facilidad. Así es el Agarol. La dosis se vierte en la cuchara—sin tener que extraerla de la botella. Si se prefiere, el Agarol puede verterse en un vaso, revolverlo ligeramente, y tomarlo así, como agradable bebida. A los niños, puede darse mezclado con leche.

El Agarol es la emulsión original de aceite mineral con agar-agar y fenolftaleína. Se mezcla fácilmente con el contenido intestinal. Es de gusto agradable; pero no está artificialmente saboreado, ni contiene azúcar.

El tratamiento del estreñimiento deja de ser un problema cuando se emplea el Agarol. Es un verdadero correctivo fisiológico de las funciones intestinales. Estimula suavemente la peristalsis, ablanda el contenido intestinal—y lubrica.

Ensaye el Agarol. Si lo desea, le mandaremos muestras gratis. Bastará que nos remita una hoja de su recetario.

AGAROL

WILLIAM R. WARNER & CO., Inc., 113 W. 18th St., New York, E. U. A.



NUEVO ANESTESICO GENERAL INTRAVENOSO

EVIPAL SOLUBLE

Reg. U. S. Pat. Off,
(Brand of CYCLURAL SODIUM)

EVIPAL SOLUBLE inicia la narcosis inmediatamente produciendo una anestesia profunda por un período de 15 a 20 minutos, pudiendo reinyectarse en casos que requieran una narcosis más prolongada.

EVIPAL SOLUBLE no afecta los centros cardio-vasculares ni respiratorios ni provoca estados de excitación.

INDICACIONES:—CIRUGIA y GINECOLOGIA (en Obstetricia, disminuye los delores del parto); CIRUGIA DEL PECHO (por estar contraindicada la anestesia por inhalación); OTO-RINO-LARINGOLOGIA (por requerirse un campo operatorio completamente franco); CISTOSCOPIA, ERENAJES, CURETAJES, OPERACIONES DE HEMORROIDES y FISTULAS; para abrir ABSCESOS y reducir FRACTURAS y DISLOCACIONES.

ENVASES ORIGINALES:—Cajas conteniendo una ampolla de 1 Gmo. de EVIPAL SOLUBLE y 1 ampolla de 10 c.c. de Agua Destilada.

Cajas de 10 ampollas EVIPAL SOLUBLE sin el Agua Destilada.

NOTA:-LOS PRECIOS ANTERIORES REDUCIDOS AL 50%.

EXTRACTO DE HIGADO CONCENTRADO INDOLORO

CAMPOLON

Reg. U. S. Pat. Off.

PREPARADO HEPAR-OPOTERAPICO MUY ACTIVO PARA INYECCIONES INTRAMUSCULARES (intraglútea), según el Prof. Gaensslen.

CADA 2 c. c. EQUIVALEN EN SU ACCION A 500 GMOS DE HIGADO FRESCO. Indicaciones: — Para el tratamiento de la ANEMIA PERNICIOSA, AGRANULO-CITOSIS, DEGENERACION COMBINADA DE LOS CORDONES MEDULA-RES, SPRUE y en la convalecencia de otras enfermedades.

Envases originales:-Cajas de 5 ampollas de 2 cc.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY. INC., NEW YORK, N. Y.

Agentes: - PROPRIETARY AGENCIES, INC.

TETUAN No. 1, Apartado 402

SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

CCTUBRE, 1935

Núra, 10

HEMATOLOGICAL STUDIES IN SPRUE *

DR. RAMON M. SUAREZ Santurce, P. R.

Introduction

The following was the closing paragraph of Dr. Whipple's Nobel Prize Lecture (1) given at the Caroline Institute of Stockholm on December 12, 1934: "It is obvious to any student of anemia that a beginning has been made, but our knowledge of pigment metabolism and hemoglobin regeneration is inadequate in every respect. This is a stimulating outlook for the numerous investigators in this field, and much progress in the near future may be confidently expected."

The tone of his lecture, as pointed out by the editor of the Journal of the American Medical Association, is one of sober review and incomplete accomplishment. The editor finishes his comments on the Nobel Prize Lectures on Anemia, with this statement: "Emulation of the accomplishments set forth in these and other papers is impossible for most, but appreciation of remaining problems is a state of mind that can be widely understood."

These "remaining problems" in the study of the anemias are still more numerous and of more difficult solution in the tropics, where anemia is more fre-

quent, economic conditions are adverse, nutrition is deficient, parasitic infestation is high and climatologic influences on disease is almost totally unknown.

This is the first time we are going to speak on sprue since the death of our admired Professor Bailey K. Ashford, whose scientific mind and untiring effort and research did so much for the definite establishment of sprue as a clinical entity and whose name will always remain in close association with this subject. His achievements, although difficult to be equaled, have been and always will be a stimulus and an inspiration to me.

Cases Studied

We are presenting a study of 35 cases of typical sprue and shall call your attention to some of the things we have accomplished and to some of the investigations we have not done but should he performed in the study of sprue in Puerto Rico.

In 25 cases we have made complete weekly hematologic studies for a period of time of over 8 weeks. Daring this time they were kept on a special sprue diet and were receiving parenteral liver extract therapy in doses of 10 cc. daily or 10 cc. every other day for the first two weeks and an average of 2 cc. daily from

^{*} Lecture given at the Medical College of Virginia, Richmond, Va.—June 1935.

then on, of the Lilly's 343 preparation in which 1 cc. of the extract is obtained from 5 gms. of raw liver.

Technique Employed

The methods are the same as those employed by us, Costa Mandry and Rodríguez Molina in earlier studies (3) (4) (5), by Castle and Rhoads (6), by Osgood (7), Haden (8), and by many other investigators, and they follow, with only one possible variation, which I shall mention presently, the technique described by Wintrobe (9) in 1929, and again in 1932 (12) and in 1933 (13).

In each instance 5 cc. of venous blood were collected, after removing the tourniquette, in a bottle containing 10 mgms. of Potassium Oxalate. The counting chambers and pipettes were certified by the U.S. Bureau of Standards. The hemoglobin was determined with a Sahli instrument with a solid standard and square tube, graduated in percentage and grams per 100 cc. (14.5 gms. corresponding to 100 percent). In determining the volume of packed red blood corpuscles we added 5 percent to the reading of the hematocrit instead of multiplying by 1.09 and adding the result to the volume of packed cells as recommended by Wintrobe. According to Osgood (10) a correction of 3.5 percent of the volume of the packed red cells must be added if it is desired to compare the results with those in which an isotonic anti-coagulant was used. Haden (11) gives 45 cc. of cells per 100 cc. of blood as equal to 100 percent. Osgood and Haskings (10) give 41 for men and 43 for women when 5 millions per cmm. is taken as 100 percent red blood cells. Most other investigators consider 43 as the mean volume of packed cells, giving 56 as the maximum normal

and 34 as the minimum normal. In all our calculations we have used as normal for men 5 millions erythrocytes and 42 as the volume of packed cells, in women 4.5 millions and 41 respectively. Those were the figures obtained by us (Suárez and Costa Mandry) (4) in a study of 50 normal adults under apparently healthy condition in Puerto Rico.

It is an undisputable fact that the color index, if accurately estimated, and the careful study of the blood smear still remain as simple and satisfactory procedures for routine, diagnostic purposes, but for difficult, borderline cases and for research, the addition of one or two subsidiary methods offer a most valuable check.

The color index is open to criticism. Color discrimination is especially difficult in low and high hemoglobin readings. Most of our anemias present low hemoglobin content.

The Price-Jones curve is a reliable method for the determination of the size of the red cells, but it is a laborious procedure and requires great technical skill.

The diffraction method has come recently to the attention of the medical world and is being used in several laboratories, both in the U.S. and in Europe. In America we have seen the Eve's halometer, the Ewles and other special halometers in England which also have their disadvantages. The spreading of the blood film is difficult, overlapping of the cells causes false macrocytosis, anisocytosis and poikilocytosis cause blurring of the spectra and consequently increase the difficulty of accurate reading. Again, as it happens with the hemoglobin estimation, the reading depends in all types of instruments on color perception and the personal factor becomes of great importance

Examining 147 films with the halometer, Fullerton et al. (14) found that only 60 per cent of the cases of pernicious anemia gave a macrocytosis, while macrocytosis was also seen in well marked cases of microcytic anemia.

We, therefore, believe that the hema tocrit method of blood study is easier, and gives more valuable information than the simple determination of the Price-Jones curve. It is also more practical and a great deal more accurate than the diffraction method.

Analysis of the Cases

In table 1, for the sake of brevity, we have omitted the figures representing the amount of the hemoglobin in grams but that can be easily figured out by multiplying the hemoglobin percentage by 14.5. We have also omitted the volume index, the saturation index, the mean cell volume and the mean cell hemoglobin, but those can be easily determined by simple calculations.

The most constant finding in this series was a high mean cell volume. All cases ran way above 100 cm. microns and the general average was 139 cm. microns before treatment was instituted. At the end of the observation period the mean cell volume had gradually come down to 97 cm. microns.

We have given only the readings before treatment was instituted, and the readings 1 week, 2 weeks, 4 weeks, 6 weeks, and 8 weeks later. We have included in the tables the hemoglobin estimation, the red blood cell counts in millions, the reticulocyte counts, the volume of packed cells, the color index and the mean cell hemoglobin concentration.

In going over these 25 cases, our attention is struck by the fact that there is an almost constant gradual increase in the volume of the packed red cells from the initiation of treatment to the end of the observation period. Only 3 cases are in disagreement with this rule—Case 5, who was suffering also from a very severe hookworm infestation, Case 16 whose anemia was typically hypoplastic, and Case 22, a sprue case heavily infested with the necator americanus.

The hemoglobin showed a steady increase to the end of the experiment, except in 9 cases where the hemoglobin estimation at the 8th week was lower than that obtained at the 6th week of treatment. In three cases the discrepancy can be explained by the presence of intercurrent infectious diseases.

The crythrocytes increased progressively in number except at the end of the first week of treatment. In 15 cases we found either a diminution in the number of the red blood cells or a very negligible increase in spite of a marked or moderate reticulocyte response. We will discuss this point later.

We found a reticulocyte response of over 7 percent in 21 cases, 19 of them appear on the tables, the other two not being seen because the increase in reticulocytes occurred on the 5th and 8th days of treatment respectively (days which are not included in the tables.) Therefore 84 percent responded to the parenteral administration of liver extract with a moderate or marked reticulocytosis.

Five cases showed a color index of 1. In 20 cases or 80 per cent, the color index was found well above unity with a

H
H
G
M
⋖
2.4

1	_ 1			_						_											
	M.C. Hgb.	22	28	23	28	28	29		30	51	26	27	30	31		17.8	23		22	24	29
	.7.0		1.3	1.4	0-1	6.	6.		1.2	1.3		0-	0.9	0.9			9.1	1.3	0-1	1.3	1.2
	المهادين والع المهادين والع	15.8 15.2 27.8 35.2 35.2 37.0	0	14.7	16.0	25.0	31.5	32.5	34.6		32.5	325	32	34.6	32.5	36.7					
12	75ct. %	-4	14.2	121	1.2	20	0	=		13	6	-	0	0	15	0	9.3	0.9	9.9	2.1	3.2
	R.B.C.in	1.18	1.19	1.60	3.20	3-55	3.80		1.16	1.18	2.00	2.63	3.56	3.76		1.80	1.60	1.90	2.70	2.02	2.78
	%.9611	26	31	45	20	68	22		30	35	42	90	82	82		40	53	53	52	54	69
	1964.2 M	38	30	29	31.0	34	31		30	28	29	25	34	32		32.6	30	30	35	31	31
	IΌ	2.0	1.2	0-1	1.0	1.2	1.0		1.5	9-1	1.3	0.9	1.2			1.4	1.4	1.3	1.5	0.1	1
	to sandol	14.7	19.2	26.2	294	30.0	33.5	0	15.3	23.0	32.5	37.8	33.9	41.0	4	24	26	28.3	30.7	34.5	58.3
4	% 7°4	0	5	3	-	9.	0		30	33.0	9.1	8.5	2.0	2.0	-	0.5	9.0	3.1	4.0	0	0
	R.B.C.in	-83	69.	2.45	2:37	3.08	3.38		1.28	1-38	2.93	3.58	3.70	4.02		1.39	1.92	2.08	2.51	3.53	581
	%·95H	39	9	5	54	72	74		39	45	65	99	94	92		58	53	58	75	75	82
	M.C. Hyb.	25.5	45.0	61.0	300	51.0	310	80	31	32	30	28	30	29		33.4	30	56	28	31	26
	70	0	9.	10	0.8	0.8	0.3		9.1	1.5	=	0.	2.	1.3		3.	5	9	0.	Ξ	0.9
M	Volume of	13.6	19.4	25.7	34.6	55.7	36.7	∞	20.4	23.0	25.0	27.5	234	37.8	13	35.1	82	32	53	37.8	37.8
1,,,	% .19FT	0	42	0	2	0	0		6	8.2	0	0.	0	0		0	4	7	0	0	0
	R.B.C. in	.99	1.40	227	371	4.25	4.02		1.18	12.	2.00	2.22	2.09	286		1.68	1.90	2.58	2.95	2.98	346
	% 96H	24	53	Section 1	72	75	79		44	521	52	55	53	29		58	53	59	99		69
	M.C. H96.	135	Same and	32	34	Contract of			35	2	36	32	30	26		34	3	28	34	35	32
	1.0	1.9	1.9	21022	50.000	1.2	0		0	1.4	5	E	Ξ	0.9		1.4	4.	5.	2	5	三
10.	Volume of Packed Cells	12.6	19.9	220	30.0	30.4	35.5	1	19.0 1.0	0.61	5 3	1-52	29.4	31.5	2	19.9	24.0	34.6	34.6	39.3	400
10	% 7°E	4	29.4	80	0	0			0	10.5	53	-	6.0	2.0		0	12	4	0	1	
	R.B.C. in	0.76	4711.56	50 230	5.73	3.06	3.52		30 1.50	3	1.86	225	2.82	3.19		165	1.82	221	5.34	3.76	4.00
Assessed	%.96H	31	A SEPT		7	8	7			28	700	50	62	59		48	51	89	8	98	
	MC. Hgb.	-	-	126	503	129	10		34.1	36	30	55	·	328		38	38	35	32	31	+-
	I D	1.2	8.0	2	9	0	0		5.	-	1.2	0.5	0:	29.4 0.8		2	20.0 2.1	1.2	=	29.0 0.8	80
	Volume of	6.3	16.8	24.1	31.5	34-6	33.	9	15.7	15.4 15.8	10.5 25.2	32.2 0.9	29.9	29.4		17.8	200	24.0	262	23.0	31.5
PERSON	% 1º4	0	2611-4517 16.8	44 215 20 24.1 1.0	65 304 1.1	70 332 03 34.6	3-10 1-0133-6 1-0		37/11-08 2-0/15.7	15.4	10.5	0	0	0		3	8	4	શ	-	0
	%.9eH ni .3.8.R snoillim	00	13.0	25.55	3.0%	533	01-10		108	431.12	2.07	80,2.83	275	66 3.35		===	1.23	59 2.37	3.02	3.60	
100000000000000000000000000000000000000	%.96H	4	26	190	65	5	70		37	ध	53	80	63	99	-	47	53	59	8	64	68
Case No.	Nooks off Treatment	0	5,00	CJ	ব	ဖ	හ		0	-	2	4	9	8		0	-	2	4	9	33

TABLE 1 (continued)

	M.C. Hgb.	36	32	3	27	32	30		36	54	32	35	34	3/							
	10	1.9	1.2	7.5	0.9	2	0.9		1.4	1.4	1.2		0.1	0							
	אסוחחד סן	37.8	37.8	38.8	42.0	40.0	41.0	2	35.7	36.5	39.9	43.1	39.3	45.0							
20	7et. %	5 3	2 3	2	0	0	6	2	2 3	4	5 3	0	0	0							
	Sasillia	2.84	3.09		3.79	3.85				3.10	3.49	3.99	4.50	.58							
	H96. %	93 2	88 5	90 3	80 3.	500 3.	88 4.		88 3	88 3	88 3	94 3	94 4.	92 4.							
-	2000	36 9	368		30 8	33 8	_		8	298	298	32 9	32 5	32 8							
	N.C. Hgb.			1.4 3	1.13	1.1	10 31		1 2	_	1.1 2	1.1 3	_	29 3							
	10 Esched का	5 / 5	0 1.5			_			9 1.1	91.1			1.10	00							
0	Volume of	28.5	30.0	37.8	35.5	35.7	41.0	24	39.	39.9	39.9	40.0	41.0	45.0							
	16. 4. 9/L	0	9.0	3.2.8	320	5 20	0		0	3	N	0	0	0							
	R.B.Cin	2.27	229	2.78	3.26	3.45	4.48		3.48	3.50	4.03	4.05	4.50	4.99							
	% 96H	8	22	178	22	84	90		76	စ္တ	82	30	90	જુ			-				
	M.C. Hgb.	26	26	27	29	28	29		24	32	42	37	33	32		308	52.4	79.7	302	51.6	503
	10	0.	1.4	0.8	0.9	6.0	0.9		0.	1.2	1.2	10	0-	0.3	seb	1.5	1.9	1.9	0,	0./	0.9
	Volume of	27.3	29.9	27.3	35.6	37.8	39.0	2	36.6		39.8	38.3	390	91.C	Average	25.4	26.6	306	33.8	35.7	375
	76.t. %	0	4	13	-	0	0	23	0	2	033	0	0	0		0.92	10.5	5.0	9./	0.6	
	Suoillian	2.05	1.75	277	3.74	4.40	4.80		3.06	3.45		3.55	26.6	4.84		_	2.09	2.55	3.22	3.5/	5.85 0.3
	196H	49 2		52 2	683	74 4	804		68 3		883	91.0	914	924		508 1.82	56.92	63.4	113 3	782 3	795 3
	.2000	120		5	286		308		31.5		29 8	30	-	28	Weeks	0 5	-	2	4 7	2 9	8
	.46H.J.M	-	_	1	1.0 2	1.03	_		1.2 31		-	-	+-	-							
	I J	8 1.4		8 1.1			0.0					5 1.4	1.19	38.5 0.9							
1	to smulo	38		40.8	40.0		410	22	307	-	505	35.5									
-	12. 4. %	0.4		=	0.50		0	100	11.2		_	0.2.1	1.2	0							
	R.B.C. in	3		3.17	3.50	14	4.50		2.71			2.60									
	% 95H	69	_	71	75		90		12					_							
	COUC.	33.2	46	33		33	30		29	2 (35								
	10	9-	· ~			. →	5.		1.0	1-	0.9		1.2	0							
100	to omulo	30.4	23.1	31.5	31.5	34.6	34.6] =	200	31.1	325	357	36.01	40.01							
9	7 7º4 %	0	1		-		0	1	C	9/2	A.6		0	0							
	R.B.C. in	2.09	-69	-	2 84	-	2.68				3.48 4.6	3.45 2.0	5.50	4.30							
	% .98H			_	202				686 00	2 6	-		The Real Property lies		1						
se Se			Т	T	T		T		ĺ		2		T		1						
Case No.	Weeks	0		2	4	1	1~		10	1		1									

definite tendency to descend to normal figures as treatment progressed.

The mean cell hemoglobin concentration was found to be below 32 percent in 12 out of the 25 cases, nearly 50 percent of the cases. According to Wintrobe's most recent paper, the normal mean cell hemoglobin concentration, as measured by the standard deviations, varies from 32 to 36 percent. In pernicious anemia he found it to be 34 percent, 33 percent in S cases of sprue studied and 28 percent in idiopathic hypochromic anemia. Hypochromia may be considered as certainly present when the mean cell hemoglobin concentration is 30 percent or lower. We have, therefore, 10 cases in this series, or 40 percent, which were definitely hypochromic at the beginning of the observation period in spite of all being definitely macrocytic.

A very interesting finding is that the higher mean cell hemoglobin concentrations tended to become lower and the low concentrations tended to increase, as treatment progressed, so that we obtained almost equal averages of hemoglobin concentration at the beginning of the study (30.8 percent), and at the end of the 8 weeks period (30.3) percent. When the mean cell hemogobin concentration was normal or increased at the beginning, we found in 18 cases a notable diminution occuring usually during the third to the fifth weeks, a rise in the hemoglobin concentration taking place again in those cases by the end of the period of observation without the administration of metaliic iron in any form.

Table 2 shows the averages for the 25 cases studied during 8 weeks treatment. The average for the highest reticulocyte response at the end of 7 days was 10.5 per cent.

The magnitude of the rise in reticulocytes following the institution of therapy serve as an index of the efficacy of treatment when due consideration are given to the following factors: the staining and technique employed in counting the cells, the initial erythrocyte count and the presence of complicating or intercurrent disease.

In our series the reticulocyte count varied from 0 to 42 per cent. An increase of reticulocytes in the blood stream was noted usually from the third or fourth day after the first intramuscular injection of liver extract, reaching a peak by the fifth to the ninth day and returning to normal levels during the third and fourth weeks.

\$0.000	A	Averages (25 Cases)										
Weeks	Hyb ayb	R. B. C.	Ret.	Parked Colfs	C.I.	M.C. Hgb. Conc.						
0	508	<i>(</i> 82	.9	254	1.3	30.8						
1	56.4	2.09	105	26.6	1.4	32.4						
2	63.4	2.55	50	306	1.4	29.7						
4	71.3	3.22	1.6	338	10	30.2						
6	78.2	3.51	.6	35.1	1.0	31.6						
8	79.5	3.85	.3	37.5	.9	30.3						

Table 2

Chart I — shows the curves of the reticulocytic response when the cases were grouped together according to their initial red blood cell counts. The highest peak of course, was obtained in the group of cases whose initial red blood cell count was under one million.

Previous investigations of reticulocytic response to therapy in sprue in Puerto Rico had been done by Ashford (16),

Ashford and Pons (17) and by us (18), but in all those cases the per oral administration of liver extract was used.

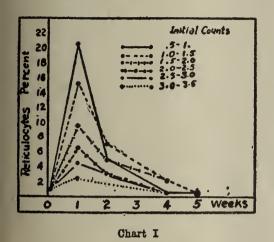


Chart II — brings a most interesting point for discussion. Dr. West, visiting professor from Columbia University a few weeks ago, called our attention to the fact that in pernicious anemia, in spite of a reticulocyte response, there was no apparent red blood cell increase during the first week of treatment.

We see that the same thing happens in sprue in all groups of cases, except those whose initial red blood cell counts were very low—under 1 million or high, above 3 millions. In spite of a reticulocytic rise, of the increase in the volume of packed cells, of the steady rise in the hemoglobin and, above all, in spite of the marked clinical improvement experienced by the patient himself, the red blood cells show either a negligible rise or even a diminution at the end of the first week of treatment.

We can be absolutely certain that there is an increase in the volume of packed cells which can not be accounted for by the increase in leucocytes, for the grayish

deposit of the white blood cells on top of the red column is always discarded by us when reading from the hematocrit the volume of packed cells. Consequently, there is a relative diminution in the amount of serum or plasma.

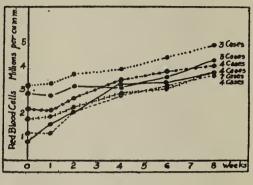


Chart II

We all know that even normal, mature erythrocytes are readily hemolyzed by the diluting fluids when these are not fresh and perfectly isotonic. We also know that the resistance of the red blood cells to hypotonic salt solution in hemolytic jaundice is diminished. One of the characteristic findings in hemolytic jaundice is the abnormal increase in reticulocytes found in the peripheral circulation. By analogy we infer that the inmature cells (reticulocytes) are dissolved or hemolyzed in the diluting fluid, (although we admit that the shape of the erythrocytes in hemolytic jaundice might have something to do with the increased fragility).

We venture to offer this theory as an explanation for the lack of correlation between the erythrocyte count on the one hand and the volume of packed cells, hemoglobin and reticulocyte response on the other hand, during the first week of liver therapy in sprue and in pernicious anemia. We hope that some other man

will bring forth, in the near future, evidence to prove whether this theory is correct or not.

But what about the stricking increase which occurred during the first week in the group of cases whose initial red blood cell count was under one million and in those over the 3 millions line? Consonant with our theory, we most admit that in those cases there was a more rapid maturation of the erythrocytes. "It is possible, however, as Murphy (19) expresses it, that two factors are present in the various materials used in the treatment for pernicious anemia, a stimulating correticulocyte-producing) and a maturing (or erythrocyte producing) one".

Chart III—shows the steady increase in hemoglobin already mentioned by us, the diminution in the color index during therapy, and the temporary decrease in the mean cell hemoglobin concentration during the third and fourth weeks' period, followed by an spontaneous rise at the end, without reaching normal level.

In relation with the problem of a possible iron deficiency in all or in some cases of sprue, there are two investigations which have not been carried out yet in Puerto Rico or elsewhere.

The first one is the determination of the hemoglobin production factors in human liver from sprue cases. This work has been done by Whipple (1) in various other conditions and he found for instance, 12 mgm. per 100 cc. in normal, 51 mgm. per 100 cc. in pernicious anemia, 70 mgm. per 100 cc. in aplastic anemia, 7 mgm. per 100 cc. in secondary anemia and 13 mgm. per 100 cc. in leukemia. It is true that increased pigment in the liver or hemosiderosis has been reported, but not as a constant postmortem finding.

The investigation that we have mentioned will in all probability afford some light to the problem.

The other investigation that in our opinion should be also carried out is the blood-iron estimation.

This work has been done by Sachs, Levine and Appelsis Fabian in the States and by Fullerton, Lyal and Davidson (14) in England, but they have not included cases of sprue in their studies.

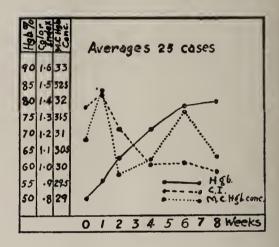


Chart III

Fowel in 1912, as quoted by Fullerton, et al (14) noted that the actual iron content of the blood was greater than the iron content calculated from the observed hemoglobin values and suggested that iron may be present in some form other than hemoglobin. Reich and Tiedman, also from the same reference (14) suggested that this excess of iron might be present in a pre-hemoglobin state or in the form of some decomposition product of hemoglobin. The normal total blood iron was found to be 48 mgm. per cent, and this figure is used as a basis for calculating the iron-index. Fullerton and his collaborators (14) were impressed

by the lack of correlation between the color-index and the iron-index. Higher values were found in the latter. "On the whole", they say, "the iron-index is a better diagnostic test for megalocytic anemia than either the cell-volume index or the color-index". "But it is not diagnostic of pernicious anemia, since similar figures are seen in the hemolytic anemias".

Chart IV—is the highest reticulocyte response that we have observed in sprue (near 65 per cent). This case was reported by us (18) and also by Ashford and Pons (17). The patient showed no response to full doses of ventriculin, but showed a splendid clinical and hematological response following oral administration of Valentine's Aequous liver extract. We saw at the Wellcome Medical Museum in London a chart similar to this in the exhibits on sprue prepared by Sir N. Hamilton Fairley.

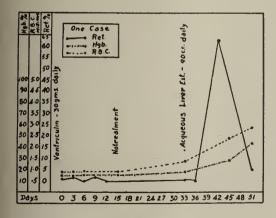


Chart IV

Chart V — shows the almost negligible response to Extralin and the characteristic increase in hemoglobin, red blood cells and reticulocytes following paranteral liver therapy.

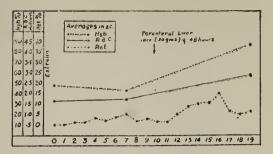


Chart V

Chart VI — shows a slight diminution in the hemoglobin content and absolutely no reticulocyte response on autolized liver extract. Although the patient showed absolutey no clinical improvement, the red blood cells exhibited a slight increase in number. Again we would have to consider the possibility of a more rapid maturation of the erythrocytes without the appearance of the reticulocytes in the peripheral circulation. Two days after the first intramuscular administration of liver extract, a marked improvement in the condition of the patient's tongue was noticed and a rapid hematologic improvement ensued.

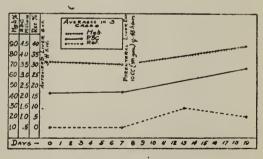


Chart VI

Chart VII—Here we are presenting two cases of sprue whose blood showed a mean cell hemoglobin concentration of 20 per cent and 22 per cent respectively. These values are as low as those seen in the most severe cases of hypochromic anemia. In spite of the very low hemo-

globin concentration both were typically macrocytic. If there was an iron deficiency in those two cases of sprue, besides the deficiency in the stroma-producing factor, we thought that we could determine it by giving maximal doses of iron ammonium citrate before instituting the

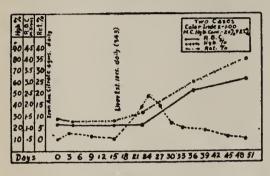
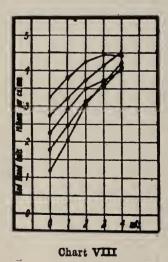


Chart VII

liver therapy. They did not show any reticulocyte response, and not only the red blood cells, but also the hemoglobin values suffered a slight diminution. Both responded well to liver therapy intramuscularly, at the end of the observation period the mean cell hemoglobin concentration having risen to 30 and 30.1 percent respectively.

Chart VIII - is taken from Murphy's



study (19) and shows the improvement in the red blood cell counts of pernicious anemia patients during one month of parenteral liver therapy. If we compare his chart, with our chart IX, we will see (as already pointed out by Castle and Rhoads), that sprue cases respond more slowly, hematologically (and clinically) than pernicious anemia.

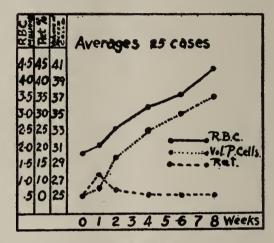


Chart IX

Chart X — also from Murphy (19), shows a comparison of the average rate of improvement of the hemoglobin in patients with pernicious anemia treated with and without iron, together with intramuscular injections of liver extract.

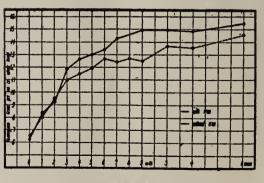


Chart X

Our experience with a similar, study in sprue patients is yet incomplete and will be left for a future communication.

REFERENCES

- (1) Whipple, G. H.—"Hemoglobin Regeneration as Influenced by Diet and Other Factors: Nobel Prize Lecture".—The Jour. of the A. M. A. March 9, 1935—104.10:791.
- (2) Editor of Gurrent Comment—"Nobel Prize Lectures on Anemia". The Jour. of the A. M. A. — March 9, 1935—104.10:791.
- (3) Suárez, R. M.—"Clinical Aspects of Uncinariasis" P. R. J. Pub. Health and Trop. Med. 1933 8:299.
- (4) Suárez, B. M. and O. Costa Mandry—"Hematological Studies in Puertorricans" Trans. Roy. Soc. of Trop. Med. and Hyg. (May 1934) XXVII. 6:579.
- (5) Rodríguez Molina, R.—"Anemia Simple Aclorhídrica"—Bol. As. Med. de P. R.— Junio 1933 25:365.
- (6) Rhoads, C. P., W. B. Castle, G. C. Payne and H. A. Lawson—"Observations on the Etiology and Treatment of Anemia Associated with Hookworm Infection in Puerto Rico".—Medicine (Sept. 1934) —13.3:317.
- Osgood, E. E.—"Hemoglobin, Color Index, Saturation Index and Volume Index Standards".—Arch. Int. Med.—May 1926 —37:685.
- (8) Haden, R. L.—"Clinical Significance of Volume and Hemoglobin Control of Red Blood Cells, Arch. Int. Med.—June 1932 — 49.1032.
- (9) Wintrobe, M. M.—"The Volume and Hemoglobine Content of the Red Blood Corpuscles"—Am. J. Med. Sc. (1929).—177:513.
- (10) Osgood, E. E.—Koward D. Haskins and Frank E. Trotman.—"The Value of Accurately Determined Color, Volume and

- Saturation Indexes in Anemias" The Jour. of Lab. and Clin. Med.—June 1932 XVII. 9:859.
- (11) Haden, Russel L.—"The Technique of a Blood Examination"—The Jour. of Lab. and Clin. Med.—June 1932—XVII. 9:843.
- (12) Wintrobe, M. M.— 'The Size and Hemoglobine Content of the Erythrocytes'— Jour. Lab. and Clin. Med.—1932—17:899.
- (13) Wintrobe, M. M.—"Macroscopic Examination of the Blood"—Am. J. Med. Sc.— Jan. 1933 — 185:58.
- (14) Fullerton, Harold W., Alexander Lyall and L. S. P. Davidson—"The Diagnosis of Anemia with Special Reference to Cell Volume and Blood Iron Estimation"— The Quart. J. of Med.—Oct. 1933—11.8: 561.
- (15) Wintrobe, M. M.—"Anemia—Classification and Treatment on the Basis of Difference in the average volume and Hemoglobin content of the Red Corpuscles"—Arch of Int. Med.—(Aug. 1934) Vol. 54.2:256.
- (16) Ashford, B. K.—"An Evaluation of Liver Extract in the Treatment of the Anemias of Sprue"—P. R. Reviews of P. H. and Trop. Med—1923—IV. 2:78.
- (17) Ashford, Bailey K. and Juan A. Pons.—"A Clinical Investigation of Thirteen cases of Anemia of Pernicious Type in Porto Rico"—P. R. Jour. of P. H. and Trop. Med.—1931—VII:167.
- (18) Suárez, R. M.—"El Tratamiento del Esprú y el Uso del Extracto Acuoso de Hígado en su anemia". Bol. Asoc. Med. de P. R.—1931—23:74.
- (19) Murphy, William P.—"Production of Reticulocytes, Erythrocytes, and Hemoglobin in Anemia. Their Response to Certain Types of Therapy"— Arch. of Int. Med. Dec. 1933—52.6:829.
- (20) Sachs, Adolph, Victor E. Levine and A. Appelsis Fabrian.—"Copper and Iron in Human Blood"—Arch. of Int. Med.—Feb. 1935—55.2:27.

ANNUAL REPORT OF THE BIOLOGICAL LABORATORY OF THE HEALTH DEPARTMENT OF PUERTO RICO FISCAL YEAR 1934-35

O. COSTA MANDRY, M. D.

The end of the present fiscal year—July 1934 to June 1935—marks the completion of the first quinquenium since the Biological Laboratory was reorganized under the present direction.

In five years the types of examinations have varied considerably to conform to the requirements of modern sanitation. The work of the Laboratory has increased considerably, a total of 879,868 examinations being performed, an increase of 173.2% over the previous quinquenium, (321,944), with a cost of \$0.205 per examination as compared to \$0.476 for the previous period.

RESUME OF THE IMPORTANT PHASES OF THE WORK OF BOTH LABORATORIES DURING THE FISCAL YEAR 1934-1935

EXAMINATIONS PERFORMED

	Number	% increase over previous year
San Juan	165,639	6.2
Ponce	54,378	16.6
Total	220,017	8.6

Cost per examination performed: The actual cost was \$0.160 as compared to \$0.157 the previous year, an increase of \$0.003 per examination.

Average number of examinations per 1000 living inhabitants: A total of 131.4

was obtained as compared to 124.8 the previous year.

Details of individual phases of the work can be seen in the accompaning tables. Table No. 1 gives a resume of the number and cost of examinations from 1930 to 1935, and table No. 2, shows a comparison of the various types of work during the years 1933-34 and 1934-35. Tables 3, 4, 6, 7, 8, 9 and 10, give details of special phases of the work. Table 11, gives full details of the work done at the San Juan and Ponce laboratories and table 12 at the laboratory of the Tuberculosis Hospital at Río Piedras.

Malaria: Blood smears for the investigation of malarial parasites comprised 9.7% of the total examinations. The total number of examinations, 20,406, decreased considerably as compared to the previous year. During the past two years there have been considerable decreases in the number of smears sent, a decrease of 31.88% in 1933-34 and of 13.51% in the present fiscal year.

Diphtheria: 33,865 smears for the investigation of B. of Klebs-Loeffler (diphtheria) were examined, comprising 15.3% of the total examinations. A noted increase of 41.5% over the previous year is recorded. The method of sending in specimens of B. Diphtheria will be changed in the coming fiscal year. The old method of sending swabs to be seeded at the Laboratory will be discontinued, the culture media will be distributed and the material

	то	WNS	POPULATION			
	Number	% of Total	Number	% of Total		
PONCE	22	28.6	497,383	29.7		
SAN JUAN	55	71.4	1,178,075	70.3		

POPULATION SERVED BY EACH LABORATORY

seeded directly. More satisfactory results will thus be obtained.

Sputum for bacillus tuberculosis: Marked increase in the number of examinations as compared to the previous year is seen. 24,524 examinations comprising 11.1% of the total and representing and increase of 85.9% over the previous year, were performed. This increase was obtained in spite of the fact that the specimens from the Tuberculosis Hospital at Río Piedras. are not included in the present year, while in past years they constituted a good number of the sputa examined at the Biological Laboratory at San Juan. This large increase in the number of sputum examinations is the direct result of the intensive antituberculosis campaign which has been carried on by the health authorities during the past year.

Complement fixation and precipitation tests: During the past year 60,084 Wassermann reactions and 12,458 Kahn tests were performed at both laboratorics. The Wassermann reactions comprised 27.7% of the total examinations and an increase of 28.3% was observed. The number of Kahn tests was smaller than the previous year.

Intestinal parasites: A total of 45,218 fecal specimens were studied for intestinal parasites. This number comprises 20.5% of the total number of examinations. The figure is considerable lower than that of the previous year when the number reached 57,122. It is rather difficult to esti-

mate the incidence of the various intestinal parasites in the Island as a whole. The epidemiologic characteristics of infestation with these helminths makes the percentage incidence different in various localities. That the incidence of hookworm as a whole is considerable, cannot be denied. A large number of routine fecal specimens is sent to the Biological Laboratories, a good many, possibly the great majority of these specimens is from urban zones where health units are working. The percentage incidence as found in the specimens examined annually at both laboratories since the year 1920 is given in table No. 8. The percentage incidence of the commoner parasites by fiscal years for the past five years when the number of specimens has been greatest, is given in table No. 7. In table number 6, is shown a resume of the examination of 523 fecal specimens of women working in the needle industry in San Juan, a large urban centre.

Diagnostic typhoid work: Under this heading we will include and coment on blood cultures, agglutination reactions and feces cultures. The following table gives in details the number of tests with the percentage positive findings at the San Juan Laboratory.

Blood cultures are undoubtedly an important item in the diagnosis of typhoid fever. It is our aim that blood cultures be used still more extensively than in previous years, as a diagnostic procedure

	Percentage positive	Samples examined
Blood Cultures	11.1	189
Cultures of clots (of routine blood samples for agglutination)	9.9.	484
Agglutination reaction	22.8	1438
Feces culture	6.9	613
Urine culture	16.6	18

in typhoid work. To that effect we are introducing during the coming year a special container which facilitates the work considerably. A sufficient number of containers are available so that they can be distributed throughout the Island. This special work will be carried on at the San Juan Laboratory. The bacteriological study of feces and urine is more extensively used now, specially as a control meansure before the release of cases. Better results in diagnosis and control are obtained since blood cultures and feces and urine cultures began to be used extensively.

It is evident from a study of the table that the percentage of positive findings in the bacteriological study of blood clots -routine blood for agglutination-is almost as high as the percentage positive in blood cultures. In the specimens are included a good number of cases which though considered as suspicious were not typhoid fever. Feces cultures are made in cases which are about ready for release. two negative results on succesive days being required before the case is turned loose. A good many bloods for agglutination tests are still sent in Wright's pipettes and in these the clots cannot be studied nor can the reactions be checked iu cases of doubt. For the coming year ye are substituting the microscopic test for the macroscopic test tube method, using two types of prepared antigens, the somatic and the flagellar. Agglutinations will only be made against typhoid bacilli since infections with paratyphoid organisms in Puerto Rico are not frequent enough to warrant the extra work as a routine procedure. In suspicious or special cases these agglutinations will be carried on as usual.

Gonococci: 7,760 smears for the investigation of gonococci were examined during the year as compared to 8,486 the previous year. A decrease of 3.48% was thus noted.

Urine: We have always attempted to limit the number of urines examined at the laboratory but in spite of this an increase of 19.39% was registered with a total of 4,211 specimens.

Examination of rats for bubonic plague: The examination of rodents for bubonic plague is an activity of paramount public health importance in Puerto Rico. The number of rats throughout the Island is great, but more important than this is the index of X. Cheopis. In the two surveys practiced in Puerto Rico, one by Carrión (1927-1930) and the other by Costa-Man-

dry, Bodet and Acosta Velarde, the Cheopis flea index per rat was 7.1 and 2.81 respectively.

Table No. 9 gives in detail the number of rats trapped and examined during each of the past five years. This activity showed a marked decrease the past year. None of the animals inoculated from rats which showed abnormal pathological findings showed B. pestis. A total of 6,280 animals were examined during the year. A total of 43,065 has been examined in a period of five fiscal years.

Rabies: Rabies has been known as a very rare disease in Puerto Rico. For a number of years no positive cases in animals have been detected in the laboratory. Since the laboratory was established in 1911, 104 animals have been examined and Negri bodies found in 20. The following table shows the animals examined in periods of five fiscal years.

Quinquenium	Animals Examined	Number with Negri bodies
1911-1915	5	3
1915-1920	20	4
1920-1925	31	6
1925-1930	19	4
1930-1935	29	3
Total	104	20

During the past two years, two rather interesting cases have come to our attention. One occurred in October 1933 in Trujillo Alto in a hunting dog. No cases had been reported in the vicinity. Intracranial injection of the brain of an infected dog took 30 days to produce symptoms and death in a guinea pig.

The second case occurred in April 12,

1935 in Isabela. This case was exceedingly interesting; no Negri bodies could be demonstrated in the brain but guinea pigs inoculated with an emulsion of the brain of the animal, developed symptoms similar to those of rabies, 11 days later. Autopsy of the animals failed to reveal Negri bodies nor noticeable pathologic findings. Later (May 11) the head of a horse bitten by the dog was sent for examination. No Negri bodies were detected, but guinea pigs were inoculated with an emulsion of the brain. 27 days later (June 6) one of the pigs was found dead. Examination revealed the presence of Negri bodies in the brain.

The disease must prevail among dogs in a very attenuated form. In spite of the large number of loose dogs found in our Island, in a period of 25 years only 104 have been thought of as suspicious and in 20, Negri bodies were definitely demonstrated. Rabies is one disease that can be easily eradicated from the Island if measures rigidly enforced.

Bacteriological examinations: The question of bacteriological examinations deserve special mention, specially in regards to water and milk. In table No. 11 can be seen the details of the types and number of tests performed.

Water: The sanitary quality of the water dispensed for human consumption has been a problem that has preocupied our health authorities. As a general rule, up to now the water for human consumption has been below standards. The Biological Laboratory has been interested in this problem for a long time pointing out the necessity for good water and some of the remedies to obviate the situation. As early as 1912, the second year of existence of our Laboratory, Dr. I. González Mar-

tinez, then director of the laboratory, rendered a report to the Commissioner of Health entitled:

"Report on the sanitary condition of the water of the San Juan aqueduct and reforms necessary to correct present deficiencies".

In this report are described the conditions of the aqueduct and results of examinations practiced. Since then, bacteriological examinations of the water were made and reported to the proper authorities calling attention to the necessity for good water. During the last 5 years the Director of the Laboratory has placed special emphasis on the water situation in Puerto Rico. Immediate attention was given and a study was carried on the San Juan water with the result that it has been provisionally accepted by the United States Public Health Service for interstate commerce. Water examinations are carried out routinely on all aqueducts with filtration and chlorination plants and efforts are being made to have conditions bettered so that the water of all these towns be accepted by the United States Public Health Service. Of the 79 towns of Puerto Rico, 75 have aqueducts and 4, (Rincón, Aguada, Orocovis and Cabo Rojo) do not have aqueducts. Of the 75 aqueducts only five are equipped with filtration and chlorination plants, those of San Juan, Ponce, Mayagëez, Caguas and Arecibo. The aqueduct of Aguadilla has a chlorinating plant which is run at intermittent intervals. It can be safely said that practically all the water served for human consumption, excepting that of San Juan and one or other rare exception is contaminated and as such unfit for human consumption if considered from the bacteriological content and the minimum requirements of the United States Public

Health Service, for potable water. Much can be done, however. If San Juan, with repairs to the plant, was able to meet the standards, all towns in Puerto Rico can do the same. The health of the people demand that the proper authorities take this matter into consideration and attend to it properly. It is a basic factor that to place the economic reconstruction of Puerto Rico on firm basis, the health of the people must be attended to, and the water problem is one that requires attention. At the present time the Department of Health can do nothing on account of the way the law stands, being able to intervene only when epidemics break out, that is, after the damage is done.

Milk: A total of 722 milk samples were examined during the year, of which 128 were pasteurized and 594 of raw milk. Bacteriological study for grading was performed on milk from 71 dairies located in the vicinity of San Juan. The milk situation from the bacteriological stand point is something worth while comenting as it shows that we were correct in all our predictions in former annual reports. There is a remarkable improvement in the milk dispensed in San Juan or vicinity judging from the bacteriological content of the milk. Table No. 10 gives details of the studies on 128 samples of pasteurizel milk and 470 of raw milk.

Raw milk: If one studies table 10 and compares the results with those of last year, immediately one comes to the conclusion that something has happened to improve the situation. That something we are sure, is the implantation of the new regulations by which cleaner milk is produced. The following table contrasts the results in percentage of total number of samples, of the bacterial contents during the past two years.

Standard Plate Count	Percent of Total					
Svandard Frave Count	1934-35	33-34				
100,000 or less	40.85	3.8				
100,001 - 300,000	28.93					
1,000,001 - 5,000,000	7.86	32.8				
Over 5,000,000	3.82	14.9				
Samples studied	470	604				

Thus, one sees that during 1933-34 only 31.6% of the milk was within standard (500,000) while in 1934-35 the standard was almost half (300,000), yet the percentage within standard was more than twice (69.7%) the previous year. 40.85% of the samples studied were below 100,000 bacterias which shows that good milk can be produced in Puerto Rico as we, always maintained.

Of the milk from 71 dairies which we studied for grading, 65 fell within grade A (300,000 or less colonies per c.c.), 5 within B (300,001 to 750,000) and only one in C (750,001 to 1,500,000).

Pasteurized milk: The situation here is more or less the same as the previous year, no improvement noticed. 31.4% of the samples are out of standard. The standard is much lower, 50,000, in comparison to 10,000 the previous year and if the Health Department gives preferent attention also to pasteurized milk, better results will be obtained next year. Pasteurized milk needs to be studied just as much as raw milk.

Samples discarded: On account of improper technique in obtaining the samples and on spoilage due to prolonged transit, hot weather, etc., a certain number of

specimens have to be discarded as unfit for examination.

	Discarded Samples						
	Number	Percent of Total					
San Juan	8,411	4.7					
Ponce	3,220	5.5					
Both	11,631	5.0					

If more care be taken with the specimens, giving attention to the way they are sent and acting accordingly, the percentage of discarded samples would be smaller.

SPECIAL ACTIVITIES

Branch laboratories.

Insanc Asylum: During the year the laboratory at the Insane Asylum which was rendering excellent service, was discontinued. The inadvisability of this was patent shortly afterwards and we hope that the laboratory will be reopened with the incoming fiscal year. This laboratory is essential for a large institution as the Insane Asylum.

Tuberculosis Hospitals: On September 10, 1934 a new laboratory was opened in the Antituberculosis Hospital at Río Piedras. The Institution is excellently equipped and has enough personell to carry on the routine work. Table 12 shows details of the work performed during the past year. A total of 9,682 samples was examined in a period of about ten months, a monthly average of 968. Of these, 4,579 specimens were of sputum (47.29%), 1,512 of feces to be investigated for intestinal parasites (15.62%), 1,968 of urine

20.33%) and 1,050 of blood smears to be examined for malarial parasites (10.34%).

Plans have been studied and approved for establishing similar clinical laboratories in the Anti-tuberculosis Hospitals in Ponce, Guayama and Mayagüez during the next fiscal year.

Aguadilla: Plans are also under study for the establishment of a Branch Laboratory at Aguadilla. This laboratory is badly needed, the amount and variety of the work, requires it.

Tuberculosis Centres: The Biological Laboratories are considering the advisability of carrying on the special work of the Tuberculosis Centres. This work will consist in cultures for tuberculosis bacilli and for spirochetes, fungi, etc., also animal inoculations. Being specialized work which requires experience in bacteriology, the Biological Laboratories will undertake it as a cooperative project.

Medical Education: During the year we have prepared three conferences, one before the staff on the Antituberculosis Hospital, of Río Piedras, and two as a part of the weekly radio programs of the Health Department.

SPECIAL STUDIES

Syphilis: That syphilis was an extremely common disease in the Island, much more so that in other civilized countries, was a prevalent idea among physicians and the laity up to 1931. In the report of the Brookings Institute, the statement was made of the abundance of the disease in the Island.

This idea was a traditional one as there was no scientific basis or actual figures for the many statements. With this view in mind and to determine the exactness

or not of the statements, the Biological Laboratory undertook to study the problem of syphilis in our Island from the standpoint of the percentage positive of complement fixation and precipitation tests on blood specimens sent in routinely and in special groups of cases collected by us or by officers of the Health Department. The results of the three studies carried on and published, agree in the most important factors from our stand point of view, that is, that the prevalent idea was incorrect, that syphilis is no more common here than in other States of the Union.

Serra, Américo: Syphilis in P. R., its incidence:

Bol. As. Med. de P. R. 1930 22:151. Costa-Mandry, O.: Syphilis in P. R.

I. Its incidence as shown by the Wassermann reaction, P. R. Jr. P. H. and T. Med. 1931, 7:209.

II. Statistical study of the results of complement fixation and precipitation tests carried on at the Biological Laboratory during 1931 - 33. Bol. As. Med. de P. R. - 1935 - 25:411.

After interpreting the data available, the conclusion was reached that the percentage incidence of the disease could be estimated at 5% for the Island, taking in consideration the urban and rural residence, the composition of the population and the group of persons studied. Blood from 1,905 individuals of the rural zone was collected and the Wassermann reaction done, with a total positive percentage of 5.03 for all ages and for special age groups as follows:

7		14 y	ears	 1.7	%
15		19	22	 3.96	%
20		44	"	 6.59	%
45	or	over,	_	 8.13	%

In the 1,905 cases, no children under 7 years of age, which constitute about 20% of the total population, are included. The incidence in the age groups below 15 is very low. 392 of the young boys (15-19 years) of the C M T C (1931) were examined with 5.10% and 498 of the National Gnard (1931) with 8.63% The great majority in these two groups belong to the urban zone where the incidence of syphilis is larger; the rural zone where the incidence is low, comprise 70% of our total population.

Since the three papers were published we have collected data to check up some of the phases presented in them.

In 1931 we presented the results of the study of the Wassermann reactions in

pregnant women of San Juan, a large urban centre: of 2,955 cases at the dispensaries of the Health Department, 13.6% were positive, while of 264 at the Municipal Hospital, 15.5% were positive. These women as a rule belong to the poorer classes. During the present fiscal year through the Bureau of Child Hygicne under Dra. Marta Robert de Romev, Wassermann reactions were practiced in 1,212 mothers whose infants attend the milk stations scattered throughout the Island in urban centres and in some cases in the rural zone. The following table gives the number of cases studied in each town. The percentage of positive reaction in the whole group was 7.1

	Number 1	Examined		Number I	Examined
	Positive	Total		Positive	Total
Jayuya	0	81	Barrio Obrero	3	48
Naguabo	4	30	Lajas	1	46
Aguada	1	20	Cayey	0	13
Arroyo	4	23	L. Perla (S. Juan)	2	37
Guánica	2	32	San Germán	1	27
Río Piedras	3	49	Bo. Monacillos	2	18
Las Marías	0	21	Carolina	5	39
Yabucoa	6	44	Toa Baja	8	58
Maricao	2	48	Manatí	10	53
Maunabo	1	37	Adjuntas	2	42
Comerío	2	19	Cidra	1	87
Peñuelas	1	36	Río Grande	6	57
Vega Baja	3	25	San Sebastián	5	39
Añasco	1	18	Quebradillas	4	52
Bayamón	4	20	Cabo Rojo	1	22
Loiza	0	31	Hatillo	1	21
Aibonito	1	19	l'		

In 1931 we presented the results of the Wassermann and Kahn reactions in 485 women employed in the needle industry in

San Juan with 14.93% of positive findings.

Due to the cooperation and kindness of

the medical director of the division of workmen's compensation of the PRERA, Dr. Eurípides Silva, we were able to examine during the present year, 521 women employed in the needle industry in San Juan. The percent positive findings was 8.8 and results classified in age groups and race can be seen in table No. 3.

In table No. 4 we give the number of tests performed since 1930, with the average for the five year period.

In table No. 5 are given the results of complement fixation tests for syphilis on routine specimens sent to the public health laboratories of Puerto Rico and New York. In New York State, where intensive control campaigns against syphilis have been carried on for a number of years, the percentage is quite similar to that of Puerto Rico where no campaign has been ever carried out with the exception of a limited number of cases that are treated annually in San Juan.

Based on our studies, on the interpretation of the data collected, and on the results of the extensive study of blood sera for Wassermann reaction, including all ages, sexes, races and residence, we wish to state that:

1.—The positive percentage in complement fixation tests for syphilis in Puerto Rico, is not higher than those figures obtained at public health laboratories of various states employing more or less the same methods. In 1931 comparisons were established with other laboratories doing similar types of work.

2.—The evidence on which statements to the effect that syphilis is very prevalent in the Island has been based on partial observations which do not represent the true state of conditions prevailing in the Island.

3.—That until data based on work carried on can be presented to prove that the figures of the Department of Health do not represent the actual state of conditions, our figures have to be accepted as representing more or less the incidence of syphilis in Puerto Rico and not mere statements of physicians with general or specialized practices.

4.—That in view of the figures obtained after analizing and interpreting our data, we can safely say that the incidence of syphilis from the stand point of the Wassermann reaction can be estimated at about 5% for the total population of Puerto Rico, including all ages, sexes, race and residence. For the urban zone in which are included the large business centres and which comprise only 27.7% (1930 census) of our population, the percentage can be raised to 10.

5.—That in spite of the total incidence of 5% which at first sight to some appears as a rather low percentage, the problem of syphilis in the Island is of paramount importance and one that deserves careful attention, study and solution when we consider that 5% of 1,672,821 inhabitants (estimated for fiscal year 1934-1935) represents 83,641 people probably infected with the disease.

Dysentery: The question of the existence of specific bacillary dysentery in Puerto Rico was one that without good reason or scientific evidence was debated by some. The Biological Laboratory has been interested in the problem and through its investigations, — historical, epidemiological and bacteriological — proved that bacillary dysentery exists and has existed in the Island for considerable time and is a health problem of paramount importance after hurricanes.

Two extensive post cyclonic epidemics

have been studied, one following the hurricane of 1928 and the other after the 1932 storm. A localized institutional outbreak was studied in 1930 at the Insular Penitentiary at Río Piedras. It was proved that the etiological agent of these three outbreaks was B dysenteriae, Flexner type.

During the last epidemic a number of the organisms isolated were studied culturally and serologically and classified into groups. The organisms studied fell into various serological groups.

Costa-Mandry, O. and Garrido Morales, E.,

"La Disentería Bacilar en Puerto Rico", Bol. As. Med. de P. R. - Feb. 1931 - 23:22.

Costa-Mandry, O.—"Bacillary Dysentery in Puerto Rico"

- I.—Historical account and review of the regional literature.
- II.—Epidemiological and bacteriological study of three outbreaks.
- III.—Study of native strains of B. Dysenteriae.
- IV.—Summary and conclusions.
 P. Rico Jr. P. H. and Trop.
 Med. March 1935, 10:308.

Costa Mandry, O. and de Juan, A. Postcyclonic bacillary dysentery (unpublished).

Other Studies: The list of research publications of the laboratory for the past five years comprises various other studies of public health importance carried on by the laboratory alone or with the cooperation of other institutions or individuals.

Food Poisoning: In 1933 our director

made a resume of food poisoning in Puerto Rico presenting the results of his studies before the staff of the School of Tropical Medicine.

Costa-Mandry, O.,

"Food Poisoning in Puerto Rico."
P. R. Jr. P. H. and T. Med., Sept. 1933 - 9:44.

Influenza: During the epidemic of influenza of 1932 an experimental study was carried out which comprised clinical and epidemiological studies and an experimental attempt at transmission of the disease from individual to individual.

Costa-Mandry, O., Morales Otero, P. and Suárez, Jenaro.

"Report of Studies of the 1932 epidemic of Influenza in Puerto Rico." P. R. Jr. P. H. and T. Med., Dec. 1932 - 8:205.

Diphtheria: The Health Department was greatly interested for a number of years in the study of the various aspects of diphtheria epidemiology. The work was carried on by the then epidemiologist, Dr. Garrido Morales, and the Biological Laboratory. During the past year the Commissioner of Health, Dr. Garrido Morales, and the Director of the Biological Laboratory, presented before the staff of the School of Tropical Medicine, a resume of their work, most of which is unpublished and which included careful and well planned surveys in the urban and rural zones of the island as regards the incidence of diphtheria bacillus in the nose and throat, incidence of infection with virulent bacilli, inmunity as determined by the Schick test and experimental studies regarding the mechanism of infection.

Garrido Morales, E. and Costa-Mandry, O.,

"Mechanism of Natural Immunity to Diphtheria" Preliminary report of experiments in Puerto Rico. Am. Jr. Hyg. - July 1931 - 14:89.

Yaws: An epidemiological study of yaws in a localized region in the Island was carried on by the Utnado Health Unit with the cooperation of the International Health Division of the Rockefeller Foundation and the Biological Laboratory. The paper will appear published shortly.

Gotay, J. B., Costa Mandry, O. and Payne, George C.,

"The Intensive Method of Control Applied to Yaws". P. R. Jr. P.H. and T. Med. - Sept. - 1935.

Blood Studies: The laboratory has been interested mainly in establishing the normal standards as regards blood counts and blood grouping. The blood grouping work has been carried out by the Ponce Laboratory, the other by the San Juan Laboratory in cooperation with the Department of Medicine of the School of Tropical Medicine.

Serra, Américo,

Isohemagglutination and blood grouping. Their relation to transfusion. Report of 5,135 blood groups in Puerto Rico. P. R. Jr. P. H. and T. Med. June 1932 - 7:3.

Suárez, Ramón M. and

Costa Mandry, O.,

Hematological Studies in Puertorricans. Trans. Roy. Soc. Tr. Med. and Hyg. - May 1934 - 27:579.

Estudios hematológicos de algunas enfermedades Tropicales, Bol. As. Med. P. R. - Feb. 1935 - 27:27.

RECOMENDATIONS

1.—Potable Water: That as regards the bacteriological study, the same attention be given to other towns of the Island outside of San Juan, which have aqueducts provided with filtration and chlorination plants.

2.—Milk: (a) Since the bacteriological study of raw milk has given such encouraging results during the past year, we recomend that the bacteriological standards be lowered as follows:

Grade	A	 100,000		
Grade	В	 100,001	-	500,000
Grade	\mathbf{C}	 500,001	-	750,000
Grade	D	 750,001	_	1.500.000

(b) That in order to encourage dairies in the production of better milk, the results of examinations be given to the interested persons.

This will help the dairyman in going about to correct defects in the stable and lower the counts of the milk.

- (c) Samples of pasteurized milk should be taken daily for examination. The samples should be taken at the pasteurization plant or at dealers accepted by the pasteurization company.
- 3.—Rat Campaigns: The campaigns of trapping rats for pathological examination as regards plague should be intensified. The work as it is being carried out at present will not prove of the value desired in case of danger. Trapping should be done all along the water front in San Juan and also in the port of Ponce.
- 4.—Branch Laboratories: It is essential that the laboratory expands. The work has increased enormously and specialized work which requires more time and expense is increasing enormously.

The plans for establishing a branch laboratory at Aguadilla to serve the northwestern section of the Island should be put into effect and the institution opened at the earliest possible date.

5.—Laboratory of Pathology: Up to now all the diagnostic routine work in pathology is done at the School of Tropical Medicine. It is the only type of routine work performed at the institution, the reason being that facilities are not available elsewhere. The Biological Laboratory was originally intented to do pathological work and even now one of the positions in the budget appears as pathologist. It is time now that the Health Department take over the pathology work from the School which is primarily a re-

search institution and does not wish that added burden. The Department could request from the PRERA funds for equiping and running a division of pathology under the Biological Laboratory at San Juan, where the same quality of work as at the School could be given to the medical profession.

6.—Special Work: The budget of the laboratory is rather limited and special work should not be launched by the various bureaus or divisions without discussing the matter beforehand with the Director of the laboratory.

7.—Budget: The laboratory should be born in mind when new activities are started and the budget increased accordingly to be able to do the added work.

TABLE No. 1. NUMBER OF EXAMINATIONS AND COST PER SAMPLE DURING THE QUINQUENIUM 1930-1935 IN BOTH LABORATORIES

Year	Number of Examinations	Percentage increase over previous period	Actual Cost per Examination
1930-31	120,171	24.74	\$0.303
1931-32	166,383	38.45	0.248
1932-33	170,733	26.14	0.213
1933-34	202,564	18.64	0.157
1934-35	220,017	8.61	0.16
Quinquenium 1930-35	879,868	173.2	\$0.205
1925-30	321,944		\$0.476

TABLE No. 2. COMPARISON OF THE VARIOUS TYPES OF WORK PERFORMED IN BOTH LABORATORIES WITH THAT OF THE PREVIOUS YEAR

	Percent of all Examinations Performed		Percentage increase over Previous Yea	
	1933-34	1934-35	1933-34	1934-35
Malaria (blood smears)	11.65	9.7	31.88*	13.51*
Diphtheria (smears)	11.66	15.3	5.11	41.5
Sputum for T. B. C.	6.51	11.1	0.71	85.9
Feces (Intestinal Parasites)	28.20	20.5	10.89	20.8*
Blood Wassermann	23.12	27.7	4.59	28.3
Agglutination Reactions	3.61	3.03	0.24	5.91*
Bacteriological Examinations	1.43	1.5	0.028	15.9
Urine	1.74	1.91	14.7	19.39
Gonococci (Smears)	4.19	3.48	29.7	18.0*

^{*} Indicates a decrease.

TABLE No. 3. PERCENTAGE POSITIVE RESULTS OF COMPLEMENT FIXATION AND PRECIPITATION TESTS ON ADULT FEMALES, LABORERS IN THE NEEDLE INDUSTRY AT SAN JUAN, PUERTO RICO (1935).

AGE GROUPS	WASSERMANN			KAHN			
AGE GROOTS	White	Colored	Total	White	_ Colored	Total	
15-19	5.0	_	3.1	5.35		3.3	
20-44	8.43	14.7	10.7	7.5	12.1	9.1	
45 or more	7.3	5.26	6.6	7.31	5.2	6.6	
All ages	7.69	10.9	8.8	7.1	9.24	7.8	
Number of Tests	338	183	521	338	183	521	

TABLE No. 4. PERCENTAGE POSITIVE OF COMPLEMENT FIXATION AND PRE-CIPITATION TESTS PERFORMED AT THE SAN JUAN AND PONCE LABORA-TORIES DURING THE QUINQUENIUM 1939-1935.

FISCAL YEAR	WASSE	RMANN	KAHN		
	Number	Percentage Positive	Number	Percentage Positive	
1930-1931	32,352	21.2	7,080	23.26	
1931-1932	39,287	16.97	15,459	19.99	
1932-1933	39,108	17.01	13,258	17.82	
1933-1934	46,830	17.03	13,477	18.6	
1934-1935	60,084	13.7	12,458	14.6	
Quinquenium	217,661	16.7	61,732	18.52	

TABLE No. 5. COMPARISON OF POSITIVE WASSERMANN REACTIONS IN ROUTINE SPECIMENS IN THE PUBLIC HEALTH LABORATORIES OF NEW YORK STATE AND PUERTO RICO

		DITERMO	DITERMO DIGO ()				
	ALB	ALBANY		RK CITY	PUERTO RICO (x)		
	No. of Tests	% Positive	No. of Tests	% Positive	No. of Tests	% Positive	
1915	5656	21.42	307	20.19	121	59	
1925	58745	19.14	17935	25.27	18055	15.8	
1933	70260	14.43	38174	18.94	46830	17.3	
1934	73761	13.29	42131	16.59	60084	13.7	

^(*) Figures obtained from annual report of the division of Laboratories and Research Albany, 1934.

⁽x) Figures are for fiscal year beginning on July of year indicated and ending Juneone year later.

TABLE No. 6. PERCENTAGE INFESTATION WITH THE COMMONER INTESTINAL PARASITES OF 525 LABORERS IN THE NEEDLE INDUSTRY, AS DETERMINED BY MICROSCOPIC SMEARS AND FLOTATION TESTS.

PARASITE	Number Positive	Percentage Positive
Hookworm	48	9.17
Trichiaris Trichiura	167	31.93
Ascaris Lumbricoides	67	12.81
Schistosoma Mansoni	;	0.57
Oxyuris Incognita	1	0.19
ANY PARASITE	286	54.6
NO PARASITE	237	45.31
TOTAL NUMBER EXAMINED	523	_

TABLE No. 7. INCIDENCE OF OVA OF COMMONER INTESTINAL PARASITES AS DETERMINED BY MICROSCOPIC TESTS DURING THE FIVE YEAR PERIOD 1930-35 IN THE SAN JUAN AND PONCE LABORATORIES

	PERCENT POSITIVE							
	1930-31	31-32	32-33	33-34	34-35			
Ascaris lumbricoides	13.29	16.22	14.62	17.21	16.21			
	22.83	26.87	26.63	27.37	25.07			
Trichiuris trichiura	40.05	41.75	37.57	46.18	38.14			
Schistosoma Mansoni	2.15	0.77	0.3	0.55	0.83			
Strongyloides Intestinalis	1.40	0.78	0.53	0.199	0.22			
Any parasite	56.3	58.67	55.91	59.86	53.98			
Mixed infestation	20.63	24.74	23.61	28.89	23.44			
NUMBER OF SPECIMENS EXAMINED	18,549	38,180	38 826	57,122	45,218			

TABLE No. 8. SHOWING PERCENTAGE INCIDENCE OF INTESTINAL PARASITES AS DEMONSTRATED IN ROUTINE FECAL SPECIMENS EXAMINED AT THE SAN JUAN AND PONCE LABORATORIES BETWEEN 1920 AND 1935.

	1920-30	1930-35	1920-35
Uncinaria	18.4	25.07	24.58
Trichiuris trichiura	40.05	38.14	38.39
Ascaris lumbricoides	13.7	16.21	15.46
Schistosoma Mansoni	1.08	0.83	0.83
Strongyloides intestinalis	1.87	0.22	0.79
Mixed infestation	15.5	23.14	23.08
Any parasite	46.4	53.96	50.97
Samples examined	51,121	197,895	249,016

TABLE No. 9. RODENTS EXAMINED, CLASSIFIED BY SPECIES—PERCENTAGE OF TOTAL NUMBER EXAMINED—DURING THE QUINQUENIUM 1930-1935

		PERCENT	OF TOTAL	NUMBER E	XAMINED	
SPECIES	1930-31	31-32	32-33	33-34	34-35	Quinq.
M. Decumanus	11.6	17.6	20	23	24.20	19.76
M. Rattus	8.9	11.7	15.6	18.2	17.89	14.78
M. Alexandrinus	13.2	15.7	18.1	19.8	24.25	18.23
M. Musculus	66.2	54.6	46.1	38.9	33.64	47.00
TOTAL NUMBER EXAMINED	4443	11742	10616	9984	6280	43065

TABLE No. 19. BACTERIAL CONTENT (IN PERCENT OF TOTAL SAMPLES) OF RAW AND PASTEURIZED WILK EXAMINED AT THE SAN JUAN LABORATORY DURING 1934-1935.

R A		PASTEURIZED			
Standard Plate Count	Number	Percent	Percent	Number	Standard Plate Count
100,000 or less	192	40.85	14.84	19	10,000 or less
100,001-300,000	136	28.93	22.65	29	10,001-25,000
300,001-750,000	79	16.80	21.09	27	25,001-50,000
750,001-1,000,000	8	1.70	18.75	24	50,001-100,000
1,000,001-1,500,000	13	2.76	18.75	24	100,001-500,000
1,500,001-5,000,000	24	5.10	2.34	3	500,001-1,000,000
Over 5,000,000	18	3.82	1.56	2	Over 1,000,000
Samples examined	470			128	Samples examined

Only milk taken in San Juan or vicinity by officials of the Health Department and examined according to the latest standard methods is included.

TABLE No. 11. EXAMINATIONS MADE AT THE BIOLOGICAL LABORATORIES DURING THE FISCAL YEAR 1934-1935 WITH PERCENTAGE OF POSITIVE FINDINGS

	SAN	JUAN	PO	NCE
	Percentage Positive	Number of Examina- tions	Percentage Positive	Number of Examina- tions
1.—BLOOD:				
Microscopic Examinations:				
Malaria	18.70	15,057	10.47	5,349
P. FalciparumP. Vivax	7.17		1.89 8.58	
Mixed infestation	0.013		0.00	
Miscellaneous	0.010	608		61
Serological Examinations:				
Wassermann reactions	14.46	44,329	11.86	15,755
Wassermann (anticomplementary)	0.97		1.36	
Kahn tests	14.67	12,458	1	
Agglutination reactions		5,861	29.26	810
Chemical Examinations:				
Urea N.		9		-
Non Protein Nitrogen Creatinine		10		
Uric Acid		9		
Glucose		20		
Chlorides		8		
2.—EXUDATES, TRANSUDATES AND SECRETIONS:				
Sputum (Tubercle Basilli)	25.36	16.678	32.76	7,847
B. Diphtheriae (suspected cases)	12.92	3,813	3.39	206
B. Diphtheriae (carriers)	4.01	10,154 14,655	0.23	1,756 3,281
B. Diphtheriae (H. Certificates) Gonococi (urethral or vaginal smears)	3.97	5,841	3.13	1.819
Miscellaneous	0.51	161	0.10	25
a		101		20
3.—CEREBRO SPINAL FLUIDS:				
Complement fixation tests	17.50	200		
Lange, colloidal gold tests		123		
Miscellaneous		155		
4.—FECES (Intestinal Parasites):		29,852		15,366
Any parasite	59.10		43.98	
Mixed infestations	27.72		15.12	

TABLE No. 11 (continued)

	SAN JUAN PONCE			NCE
	DAIN	Number of	Number of	
	Percentage	Examina-	Percentage	Examina-
	Positive	tions	Positive	tions
Hookworm	28.82		17.77	
Ascaris	16.15		16.32	
Trichiuris	42.88		28.93	
Schistosoma Mansoni	.83		.83	
Strongyloides	.32		.019	
Tenia Saginata	.03		.013	
Tenia Solium	.0067		.007	
Tenia Nana	.0067		.23	
Oxyuris vermicularis	.05		.032	
Balantidium coli	.010		.007	
Amoeba Coli	.030			
Amoeba histolitica	.0033		007	
Trichomonas	.003		.007	
Lamblia	.020			
5.—BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS:				
Water		1,176		55
Milk		7.22		20
Feces		675		
Urine		18		
Blood		692		
Food products		19		
Miscellaneous		46		_
6.—CHEMICAL AND MICROSCOPICAL				_
EXAMINATIONS:				
Urine		2,186		2,025
Miscellaneous		3		3
7.—PATHOLOGICAL EXAMINATIONS:				
Negri bodies		9		
8.—EXPERIMENTAL INOCULATIONS:				
Virulence tests (diphtheriae)		69		
Rabies		9		
Tuberculosis		3		
9.—VACCINES:				
Autogenous		2		
Tratogenous		2		
10.—TOTAL NUMBER OF EXAMINATIONS:		165,639		54,378
	1	100,000		01,010

TABLE No. 12. EXAMINATIONS MADE AT THE LABORATORY OF THE TUBER-CULOSIS HOSPITAL AT RIO PIEDRAS DURING THE FISCAL YEAR 1934-1935.

	Percentage Positive	Number of Examina- tions
1.—BLOOD:		
Microscopic Examinations: Malaria P. Falciparum P. Vivax Differential counts Leukocyte counts Erythrocytes counts Hemoglobine Miscellaneous	3.62 2.95 .67	1,050 126 109 140 148 _23
2.—EXUDATES, TRANSUDATES and SECRETIONS: Sputum (Tubercle Bacilli)——————————————————————————————————	53.6 8.0	4.579 25 2
3.—FECES (Intestinal Parasites): No parasites Any parasite Mixed infestations Hookworm Ascaris Trichiuris Schistosoma Mansoni Strongyloides Tenia Saginata Amoeba histolitica Trichomonas 4.—CHEMICAL AND MICROSCOPICAL	35.05 64.9 10.93 29.4 3.76 42.1 .036 .063 0.132 0.132 0.198	1,512
EXAMINATIONS:		1,968
TOTAL NUMBER OF EXAMINATIONS:		9,682



Presidente: Dr. Nicolás Quiñones Jiménez Secretario; Dr. Oscar Corta Mandry

Vocales: Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Jenaro Barreras
Dr. César Domínguez
Dr. M. Gramán Rodríguez
Dr. José A. Amageo

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Año XXVII

Octubre 1935

Núm. 10

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe:
Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador: Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M. Suárez Dr. J. Rodríguez Pastor

Dr. Juan A. Pons

NOTAS EDITORIALES

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DE MÉDICOS DE PUERTO RICO

El Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, órgano oficial y portavoz de nuestro progreso médico-científico en la Isla y en el exterior, se complace en publicar un fotograbado del Tribunal Examinador de Médicos que actualmente interviene en el ejercicio de
la profesión médica en esta Isla de
acuerdo con la ley número 22 del 1931.

El Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico se ha desenvuelto a través de un sinnúmero de dificultades. La primera Junta Médica fué nombrada por Real decreto el 28 de febrero de 1839 y quedó compuesta por tres doctores en medicina, el presidente Don José Martorell y dos vocales, Don José Castelar y don Joaquín Bosch, además de un secretario, don Vicente Acuña, quien era licenciado en medicina. Con el adveni-

miento del nuevo gobierno norteamericano en 1898 se disolvió la subdelegación de medicina y cirugía que había laborado constantemente por el bienestar de nuestra profesión en esta Isla desde el 1838 y se creó en su lugar una Junta Superior de Sanidad que a su vez nombró una Junta de Médicos para intervenir en la revisión de los diplomas de los médicos, revalidar sus títulos, etc. La Junta Examinadora quedó compuesta por tres médicos, don Ricardo Hernández, don R. J. Salicrup y don Guillermo Curbelo, además de un dentista, don R. M. Pons, y un farmacéutico, don Domingo Peraza. En el 1903 nuestra legislatura creó por ley una Junta Examinadora de Médicos que se reunió por primera vez a las 9:00 de la mañana del día 11 de mayo de 1903 y quedó constituída como sigue: Presidente — Dr. José E. Saldaña; Secretario — Dr. M. Quevedo Báez: Tesorero - Dr. José M. Carbonell; Vocales — Dr. Isaac González Martínez y Dr. Julio López Gaztambide. En el 1931 nuestra legislatura enmendó la lev que regula el ejercicio de la medicina y cirugía en Puerto Rico y creó un Tribunal Examinador de Médicos, dándole por primera vez, a nuestra Asociación Médica, el privilegio de recomendar los miembros que habían de constituir la Junta que defendería el derecho a la práctica de la medicina en esta Is-Desde aquella época el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, presidido por uno de los hombres que prestigian nuestra clase, el Dr. Nicolás Quiñones Jiménez, ha venido librando una batalla sin cuartel contra la práctica ilegal de la medicina en este país y contra la inactividad y tolerancia de las autoridades de Puerto Rico en esta materia.

En la próxima asamblea de la Asociación Médica de Puerto Rico, y como trabajo inicial de la asamblea científica, el Secretario del Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico y presidente de nuestro Comité Científico, Dr. Oscar Costa Mandry, leerá una comunicación sobre la evolución del ejercicio de la me-

dicina en Puerto Rico desde los primeros años de la colonización hasta el presente. Dicho trabajo aparecerá publicado en el número de diciembre de nuestro Boletín, y dará una idea concreta de las dificultades con que ha tropezado nuestra profesión desde mediados del siglo diecinueve hasta el presente.

La Redacción.

Hemos recibido una copia avanzada de "La Sangría Incruenta", Vol. VIII Núm. 3, que se está enviando a todos los médicos de Puerto Rico.

Esta pequeña revista que publica The Denver Chemical Manufacturing Company de Nueva York viene llena de artículos interesantes escritos por médicos de diferentes países y, aunque el propósito de la publicación es familiarizar a los lectores médicos con la Antiphlogistine,

estos hallarán, sin embargo, varios artículos e ilustraciones de interés particular. La revista vale la pena leerla y su edición de 1,450,000 ejemplares impresa en diez idiomas se enviará a todos los médicos del mundo.

Si Ud. no ha recibido una copia, escriba a The Denver Chemical Mfg. Company de Nueva York para poner su nombre en sus listas. La revista le será enviada libre de todo gasto.

DUODENO-CHOLATE COMP.

(Enteric Coated Tablets)

"HEPATIC TORPOR, INTESTINAL INDIGESTION"

Duodenal sub. (secretin) 1-4 Gr. Bile Salts Comp. 2 Grs. Ext. Nux Vomica 1-8 Gr. combined with purified whole Pancreas sub. and Sodium Bicarbonate.

Dose: 1 to 3 tablets three or tour times a day.

Contains: Secretin (the duodenal hor mone) which increases both the flow of bile and the pancreatic juice; increasing peristalsis; also said to bring about a reduction of the blood sugar.

Bile Salts: The best stimulant to the flow of bile with mild laxative and peristaltic action.

Whole Pancreas for its digestive action (in the presence of Soda Bicarbonate) on protein, fat and carbohydrates.

Nux Vomica for its bitter tonic effect, increasing gastric juice secretion. Improves the appetite and aids digestion.

Contains no drastic or harsh laxative or cathartic.

In obese patients or when thorough evacuation deemed advisable, a mild saline may be administered

Therapeutic Indications.

- 1. Functional inactivity of the liver; the so-called "biliousness".
- 2. Simple or infective cholecystitis not associated with organic obstruction of the bile ducts which requires surgery.
 - 3. "Indigestion": gastric or intestinal.
- 4. Chronic constipation caused by hepatic insufficiency.

For helping relieve functional biliary stasis and engorgement following cholecystectomy

Cole Chemical Company St. Louis, U. S. A.

ENRIQUE VELEZ POSADA 8 Tanca St., Box 1018, San Juan, P. R.

A Specific in Infant Feeding

DEXTROSOL

(DEXTROSE)

To correct deficient starch digestion you may prescribe Dextrosol in infant feeding with complete confidence. Dextrosol is pharmaceutically pure dextrese, the ultimate sugar in metabolism.

Dextrose is unequalled for infants, since it is completely predigested carbohydrate and is absorbed much more rapidly than lactose (milk sugar) or ordinary sugar. The physician usually prescribes a formula of cow's milk, boiled water and Dextrosol, in quantities which vary depending on the weight of the infant.

This diet is especially effective in building up illnourished and feeble infants. The normal child, as well, is benefitted by this readily assimilated diet supplement.

OR ADULTS

DEXTROSOL is also prescribed to correct such conditions as carbohydrate depletion, malnutrition or hepatic disfunction. It is administered orally or intravenously, depending upon the circumstances. Send for authoritative book-



let, "Remedial Uses of Dextrose," and physician's free sample of Dextrosol.

CORN PRODUCTS REFINING CO.

L. MARTINEZ OCHOA, Agent.

Box 143, Ponce Box 768, San Juan. FABULAS



Donde se habla de la dicha conyugal

¡La vida de este matrimonio! Siempre nerviosa y regañona ella; y él irritado, furioso.—"Cuestión de régimen"—se les dijo.—"El animal humano (masculino y femenino, por supuesto) puede hacerse más amable y sosegado mediante una nutrición adecuada."

¿Por qué no ensayar? Convinieron con tal fin, en separarse por tres meses. Y por tres meses, él se mantuvo livianito, con ensaladas, zanahorias, harina de maíz, sopitas y abundancia de leche. Por igual tiempo, ella no tocó más que miel, pasas y crema.

Al reunirse de nuevo, la ferocidad de él había desaparecido. Se había vuelto afable, generoso. Y ella era dócil,



dulce, angelical.... Pero al volver a saborear los viejos platos predilectos, la felicidad conyugal estuvo en peligro muchas veces. ¿ Otra dieta? ¡No! El médico y consejero sugirió CAL-BIS-MA. Profesional sensato, comprendió que los disturbios causados por la hiperacidez gástrica pueden alterar hasta el carácter más tran-

quilo. Y en lugar de una absurda dieta, el remedio racional es la regularización de las funciones digestivas.

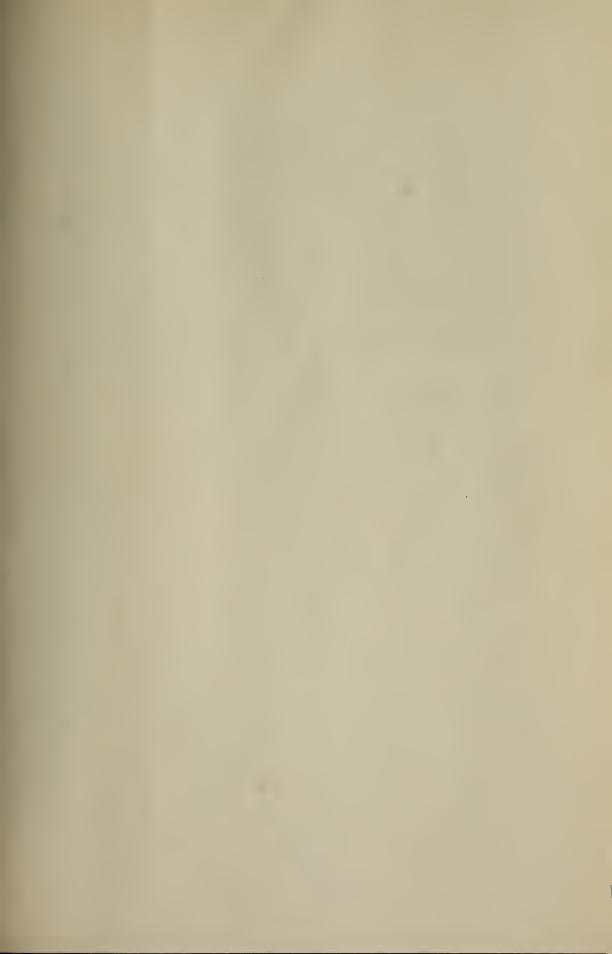
CAL-BIS-MA está compuesto de carbonato de magnesio y bicarbonato de sodio, para la neutralización rápida; subgalato y subcarbonato de bismuto,

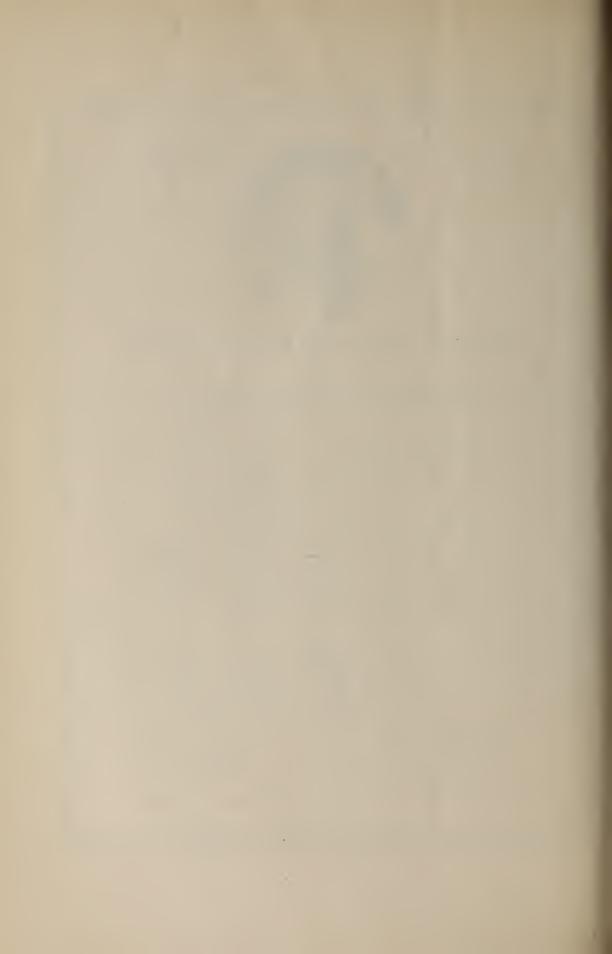


que protegen las paredes estomacales; y caolin coloidal, que adsorbe los gases del estómago y las substancias tóxicas de los intestinos.

Para la hiperacidez CAL - BIS - MA

WILLIAM R. WARNER & CO., Inc., 113 W. 18 St., New York., E. U. A





GRANOS

DOLOROSOS

Y PICADURAS

DE INSECTOS



Son condiciones dolorosas y desagradables en las que se necesita un emplasto calmante, analgésico y antiflogístico.

Nada mejor que

NUMOTIZINE "La Super - Cataplasma"

Una cataplasma de caolina MAS guayacol y creosota.

La fórmula:

Guayacol	2.6
Creosota	
Salicilato de Metilo	2.6
Formalina	2.6
Sulfato de quinina	2.6
C. P. Glicerina y Silicato de Ala-	
minio a.s. ad. 1000 pts.	

Controla y reduce las temperaturas febriles por la vía endérmica.

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St.

Chicago, U.S. A.

Robert & Santini, Distribuidores

Ave. Ponce de León

San Juan, P. R.



EXTRALIN LILLY

Para el Tratamiento Oral de la Anemia Perniciosa

de la interacción de un extracto concentrado de hígado que contiene la Fracción D de Cohn, con tejido gástrico. Su eficacia terapéutica es mucha más superior que la de ningún otro preparado hepático hoy día disponible. TEL Extralín es fácil de administrar por via gástrica en forma de cápsulas. Está normalizado clínicamente para asegurar su potencia uniforme.



ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

Fabricantes de Productos Medicinales desde 1876

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

MAH1938

INDICE

Página

El Método Natural del Control de la Natalidad, Antonio J. Colorado y R. Lavandero, San Juan, P. R. 273

Plastic Reconstruction of the Deformed Nose, Keith Kahn, M. D., New York

City _____ 283

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

Suministra el "RESIDUO" necesario para una eliminación apropiada



La mayoría de las personas tratan hov día de eliminar de la dieta los alimentos que dejan "residuo". A esta costumbre pueden atri-buirse la mayoría de los casos de es-

En el tratamiento médico de este es-

le suministrarse el residuo necesario para la eliminación con la prescripción de salvado.

Las pruchas de laboratorio demuestran que esta manera de proceder suele ser eficaz en la mayoria de los casos de estreñimiento Las raras veces que este tratamiento fracasa se ha podido comprobar que ello se debc a la incapacidad del enfermo para tolerar una cantidad suficiente del residuo alimenticio contenido en las frutas, en los vegetales o en

El Kellogg's ALL-BRAN tienc un sabor delicioso que resulta agradable al enfermo. Puede servir e adicionándolo a la leche o crema. Un paquete tamaño corriente será enviado gratis al médico que lo solicite.

Rellogg's ALL-BRAN

Representantes:

B. FERNANDEZ & HERMANOS SUCRS.,

Apartado 365 San Juan, P. R.

THYRO-STRYCH COMP.

TABLETS

"HYPOTENSION: POST INFLUENZA TONIC"

Containing: Thyroid as a stimulus to the other members of the endocrine chain. Suprarenal for its "Pressor Influence", increasing muscular tonicity in general. Strychnine for its excellent tonic effect on the heart, muscular and nervous system.

Stimulates the mind and brings about a sensation of well being, with increased activity of the reproductive organs.

Suggested Indications:
There are numerous conditions associated with low blood pressure which is a

Hypotensiou associated with Tuberculosis.
 Chronic general debility from any cause especially convalescence from acute infectious diseases and general debility from overwork, Influenza, La Grippe, Etc.
 Chronic tobacco poisoning.

Focal infections.
 Hemorrhages and severe diarrhoeas.
 Endocrine deficiencies.
 Sexual neurasthenia (both sexes).

Write for Free Sample

COLE CHEMICAL COMPANY - St. Louis, U. S. A. ENRIQUE VELEZ POSADA-S Tanca St., Box 1018, San Juan, P. R.

Para Ayudar a La Digestión y Estimular El Apetito

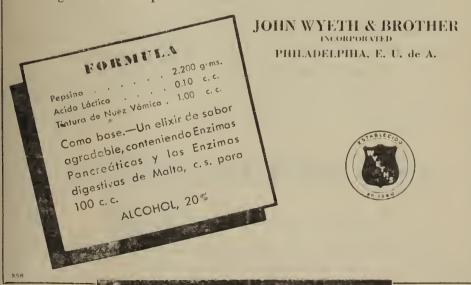
EL VIPEPTOLAC estimulará el apetito del dispéptico y ayudará a gozar del alimento al convaleciente.

Es de valor contra el disgusto incidental a la indigestión o para aliviar el malestar proveniente del abuso imprudente de alimentos o bebidas. Vipeptolac proporciona una forma agradable de disfrazar las drogas nocivas o de gusto amargo tales como los bromuros, yoduros, etc.

VIPEPTOLAC

En casos extremos de deficiencia gástrica, el Vipeptolac es de gran valor como un vehículo. Cuando fuertes dosis de pepsina son deseadas, ellas pueden ser fácilmente incorporadas en este producto.

Los resultados han de satisfacer a usted, el buen sabor agradará a sus pacientes.





La Prueba del Tiempo

MUY pocas de las preparaciones ofrecidas a la profesión médica durante los últimos cuarenta años han recibido tanta aceptación cada vez mayor, como la Antiphlogistine.

Huelga decir que esta preeminencia se ha conseguido a base de méritos. Año tras año se ha ido acumulando la evidencia clímica de especialistas connotados y del médico práctico, en todos los países civilizados del mundo, acerca del valor específico de esta preparación, hoy día considerada como la aplicación tópica de preferencia en dondequiera que haya inflamación y congestión.

La estimación de que goza la Antiphlogistine entre los médicos ha inducido a muchos a lanzar al mercado imitaciones inferiores que, sometidas al análisis, no han logrado igualar las propiedades terapéuticas del prototipo. Para evitar decepciones, sugerimos respetuosamente a los médicos que al prescribirla insistan en la Antiphlogistine en su envase original, herméticamente cerrado.

La Antiphlogistine mantiene su supremacía porque llena la necesidad para la cual fué creada. Ha resistido la dura prueba del tiempo.

ANTIPHLOGISTINE

Para muestra y literatura, dirijase a
THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY
163 Varick Street, Nueva York, E.U.A.

Luis Garratón, P. O. Box 1541, San Juan,

Para calmar el dolordespués de la operación



ALIVIO

SIN NARCOTICOS







En otolaringología -como auxiliar en la anestesia local.



Para dolor de cabeza, neuralgia, jaqueca.

En la gran mayoría de los casos en que se requiere un poderoso analgésico o sedativo, cl uso de la morfina puede evitarse empleando PERALGA. Son tabletas a base de barbital v amidopirina en acertada combinación sinergística. Alivian el dolor, sin narcotizar. Sus efectos son rápidos y duraderos. PERALGA no cansa soñolencia, ni depresión en las vías respiratorias o la circulación sanguínca. Tampoco produce estredimiento. Su acción es tan inofensiva que PERALGA puede ser administrado a niños, sin temor de malas consecuencias.

PARA EL RAPIDO ALIVIO DEL DOLOR



PERALGA

Solicite muestras gratis de Peralga en papel con su membrete.

SCHERING & GLATZ, Inc., 113 West 18th Street, New York



STRIKING ADVANCE

in

VITAMINE "D" THERAPY

DRISDOL

Preparado soluble-cristalino de la Vitamina "D" disuelta en glicol pro pileno. Cada gota de Drisdol disuelta en leche equivale a 40 gotas de Vios terol. Un Gmo, es igual a 10,000 unidades de Vitamina "D" y una gota 250 unidades.

Indicaciones: Específico para el tratamiento y prevención del raquitismo, osteomalacia, tetania, desuntrición, artritis.

Dosis: De 2 a 15 gotas al día durante las comidas. Encases: Frascos cuenta gotas de 5 cc. y 50 cc.

Nota: Literatura y muestras a solicitud de los Sres, médicos,

El evento de la época en la historia de la SIFILIS

NEOSALVARSAN

(Reg. U. S. Pat. Off.)

Neosalvarsan es el producto genuíno y original del profesor Paul Ehrlich. Tiene una perfección máxima que jamás podrá ser superada en potencia terapéutica ni en tolerancia. Al prescribir, siempre especifique "Neosalvarsan-Metz."

Nuevo Preparado Antisifilítico

CYCLOBIS

(Reg. U. S. Pat. Off.)

Cyclobis (canfenilanato de bismuto). Contiene 30% de bismuto en una solución olcosa. No urita ni duele después de inyectarse.

Indicaciones: Sifilis en todos sus periodos. Dosis: 1 inyección intraglútea a la semana.

Envases: Ampollas de 2 cc., cajas de 5 y frascos de 60 cc.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC., NEW YORK, N. Y.

Agentes: - PROPRIETARY AGENCIES, INC.

TETUAN No. 1, Apartado 402

SAN JUAN. P. R

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

NOVIEMBRE, 1935

Núm 11

EL METODO NATURAL DEL CONTROL DE LA NATALIDAD*

Por ANTONIO J. COLORADO y R. LAVANDERO. 8an Juan, P. R.

Desde hace mucho tiempo se ha creído que en fa vida normal de la mujer hay un período que se repite cíclicamente, duran te el cual la concepción es fisiológicamente imposible. Este ciclo ocurre general mente antes y después de la menstruación. El período fértil, en el que la concepción es probable, tiene lugar en medio del ciclo menstrual. Pero este hacho no se ha podido determinar con alguna probabilidad científica sino recientemente.

Las vagas e infundadas creencias que existíau desde antiguo sobre esta materia formaban parte de las tradiciones de origen religioso de algunos pueblos; tal, por ejemplo, el pueblo judío. Entre los cató licos siempre se ha mantenido un piadoso silencio sobre el asunto, y a lo más que se ha llegado es a que los confesores mencionen alguna vez a sus penitentes, necesitados de consejo para resolver sus conflictos familiares, la época intermenstrual, en la cual, según se creía, la con-

cepción era improbable. La observancia de cierta regla en las relaciones sexuales entre los cónynges creíase que evitaría la concepción. Esta regla a que aquí se alnde es la llamada "regla de Capellman", que indicaba la semana en mitad del período menstrual como la más apropiada para no concebir. Las investigaciones modernas, sin embargo, señalan ese mismo lapso de tiempo como el de mayor fecundidad.

Estas investigaciones se deben a dos eminentes ginecólogos, que aseguran haber determinado, con certeza científica, el lapso de tiempo comprendido entre el período fértil y estéril de la umjer. Estos dos sabios ginecólogos son los doctores K. Ogino, de Niigata, Japón, y H. Knans, de Graz, Austria.

Ogino y Kuans, llegan fundamentalmente a la misma conclusión por diferentes caminos e independientemente. Kuans estudia el problema desde el punto de vista de la endocrinología y Ogiño observa directamente en la mesa de operacio nes el momento de la ovulación. La principal divergencia entre estos dos investigadores consiste en que mientras Kuans encuentra que la ovulación acaece en uno de los tres días que van del 12º al 14º después del primero de la última mens

N. de R. Este trabajo, compuesto en colaboración por un médico (el Dr. R. Lavandero, nuestro coeditor) y el Sr. Antonio J. Colorado, Doctor en Filosofía, del Servicio Social de la FERA en Puerto Rico, no tiene pretensiones científicas, ni pretende enseñar nada nuevo a la profesión médica. Se publica aquí como un ejemplo del tipo de conferencias de divulgación para el público heterogéneo, cada vez más interesado en nuestro país en estos problemas de genética.

truación, Ogino, más prudentemente, calcula que la ovulación tiene lugar en uno de los días que van desde el 12º al 16º, contando desde el primer día de la menstruación futura. Así pues, Knaus calenla tres días para la ovulación, mientras que Ogino 4o cree de cinco.

Hay otra pequeña diferencia de metodología en el planteamiento del problema entre ambos autores. Mientras Knaus computa los días fértiles (la ovulación) comenzando a contar desde el primer día de la última mensuruación, Ogino cuenta hacia atrás, computando desde el comienzo de la próxima menstruación. Su método, pues, puede llamarse fórmula premenstrual, y es, por razones innecesario de explicar aquí, más cientítico que el de Knans. Sin embargo, éste último tiene mejores posibilidades de aplicación, puesto que la determinación, a base de una menstruación que ha comenzado ya, ofrece muchas menos dificultades que la determinación partiendo de una menstruación por venir; máxime cuando esta función puede ser alterada por cansas impcsibles de predecir con anterioridad.

Por todas estas razones hemos basado la explicación subsiguiente en el método de Knans, aceptando, sin embargo, el cómputo de cinco días de ovulación, comprendido en el sistema de Ogino, porque nos parece más prudente.

Sobre estos recientes descubrimientos se han emitido ya munerosas opiniones científicas favorables; pero es indudable que distan mucho de ofrecer una absoluta garantía científica. Su más ardiente defensor es el Dr. Leo Latz, sacerdote católico y autor del libro "The Rhythm" * En este li-

bro, del que se han publicado varias y numerosas ediciones para distribnir entre el elemento católico de Estados Unidos. se explica la mieva teoría y se establecen consideraciones morales y religiosas para fundamentar su legitimidad ético-reli En etro libro, "El período estéril en la vida familiar", publicado con las firmas del Reverendísimo Valere J. Conke, y el Dr. James J. Walsh, de Nueva York. y que lleva el imprimatur del Cardenal Hayes de la misma cindad, se advierte al lector, después de explicar el "método natural", que sus conclusiones sen toda vía materia de discrepancia en el mundo La notable escritora nort americana partidaria del control de la natalidad, Sra. Dorothy Dumbar Bromley. en su reciente publicación "Birth Con trol: Its Use and Misuse", autorizado par una introducción del Dr. Robert Laton Dickinson, Secretario del Comité Nacional de Salud Maternal de los Estados Unidos, y notabilísima figura científica. cita autoridades y datos que arrojan al gunas dudas sobre la validez de la nueva teoría. Afirma la antora que: "Toda vez que la teoría Ogino-Knaus no ha sido ob jeto de pruebas lo suficientemente extensas y bien controladas, las umjeres La rían bien en dejarse guiar por la mejor opinión médica sobre la materia. El consenso de opinión es que Ogino y Knans han hecho ana valiosa aportación, pero que sus conclusiones no están todavía fir memente establecidas."

Hechas estas salvedades, tan necesarias para situar debidamente y enfocar desde nu punto de vista crítico la teoría Ogino-Knaus, pasamos a explicar la misma de la manera más sencilla posible y eliminando, siempre que no sea esencial a la comprensión de la materia, todo punto técnico o excesivamente complicado.

^{*} Este libro se publica con autorización eclesiástica y aparece ya, anunciado a la venta, hasta en las publicaciones de apologética católica.

Explicación de la Teoría Ogino-Knaus

Generalmente, entre los catorce y los diez y seis años llega la umjer a la pubertad v comienza entonces a producirse en su organismo un fenómeno que se llama la "menstruación", o, vulgarmente. "el mes", "el período", "la regla", "la luna", etc. Este feuómeno continúa, más o menos regularmente, durante la edad adulta hasta cesar en la época de la menopausia, cuando las facultades engendra doras de la mujer terminan, lo que ocurre, por lo general, de los 45 a los 50 años. Consiste la menstruación en una elimina ción periódica de saugre mezclada con mucosidades y resíduos celulares, que abandona la matriz, saliendo por el órga no genital femenino,

Altora bien, es de todos sabido que la menstruación se produce con más o menos regularidad en la mujer adulta, apareciendo de cada 23 a 28 días, de cada 30 a 34, o ann más, con cierta regularidad en su aparición. 4 El fenómeno, sin embargo, puede interrumpirse o precipitarse, obedeciendo a causas fisiológicas o psicológicas. Un choque emocional cualaniera puede, en ocasiones, provocar inmediatamente el descenso del Ilnjo sanguineo, adelantando el período. Los trastornos de la salud son igualmente capaces de retardarlo o anticiparlo. desde luego, además de las mencionadas, otra causa que paraliza el flujo menstrnal: el embarazo, pero siempre que cesa la menstruación no es debido al embarazo; anuque, normalmente, siempre que se produce éste, cesa aquélla.** Y cesa para no restablecerse hasta después del alum

ción, se ha encontrado que la menstruación forma parte del proceso lisiológico normal de la oyulación, y, tan es así, que una mujer incapaz de ovular, no mens trúa. Por otra parte, una mujer que aún no ha comenzado a menstunar es incapaz de concebir. La descarga de saugre y otras substancias de deshecho que se expelen todos los meses por los genitales femeninos, es una función intimamênte relacionada con la producción del óvulo (célula hembra), y ocurre unos catorce días después de la puesta ovular. otras palabras, la ovulación, de acuerdo con los recientes descubrimientos, precede a la menstruación por un término de catorce días, aproximadamente. Este hecho es de suma importancia puesto que ofrece la base para determinar el ciclo de fertilidad y esterilidad en la mujer,

Nos detendremos a explicar un poco más el proceso de la ovulación o formación del huevo en el ser humano. En los ovarios femeninos situados por encima de la matriz y conectados a ésta por dos lubos llamados trompas de Falopio, se van madurando periódicamente les óyu los, y cuando alguno llega a su madurez se desprende del ovario y comienza a descender por uno de los mencionados tabos hasta lograr aposentarse en la matriz. Si en el órgano genital femenino se han depositado previamente, por medio del coito, espermatozoides (células masculinas), éstos ascenderán, en viaje contrario, tratando de encontrarse con el óvulo des prendido, hasta que uno de ellos consigue penetrar su corteza fecundándolo. La cé-

bramiento. Se ve aquí, por lo tanto, una relación íntima de interdependencia entre el embarazo y la menstruación. Estudiada experimentalmente esta rela

Los pueblos primitivos creían que la mujer tenía su período de impureza cada mes lunar de 28 días. De ahí los nombres que aún le da el yulgo, a los que aludíamos antes.

^{**} Hay excepciones muy raras a esta regla.

lula femenika, ya fertilizada, prosigne su viaje hasta fijarse en la matriz, y pasará por las distintas etapas de su desarrollo evolutivo intranterino, el cual dura nueve meses, al cabo de los chales el nuevo ser está definitivamente formado. Durante todo el embarazo, o sea, desde el momento en que un espermatozoide se acopla con el óvulo y lo fertiliza, la función ovulatriz del ovario queda suspendida. Si el óvulo no se encuentra en su camino con espermatozoide alguno que lo penetre y fecunde, acaba por degenerar y fenecer, apareciendo entonces la menstruación, cuva función viene a significar nada más que la climinación natural de ciertas substancias que el organismo femenino había preparado de antemano para la posible formación de un nuero ser. No habiéndose producido el encuentro fecundante entre espermatozoide y óvulo, frustrado el embarazo, los órganos genitales femeninos expelen de sí aquellos materiales ya innecesarios.

Pero la ovulación no es la única función ovárica. Tienen los ovarios, como se sabe, diversas funciones de secreción interna, fabricando distintas hormonas o principios activos que afectan o modifican en forma unny variada a otros órganos del enerpo y entre ellos, especialmente, a la matriz. Esta acción endocrínica del ovario se cumple siempre, no solamente dinante el período ovulatriz, sino en chalquier otro momento. Pero los ovarios son, a su vez, influídos por otras glándulas de secreción interna, notablemente por la pitnitaria que está situada en la base del cráneo.

Para los efectos de unestra esquemática disertación quisiéramos explicar brevemente uno de los aspectos parciales de la ovulación, y es la función secretoria del cuerpo lúteo (o cuerpo amarillo), una de las más prodigiosas de todas las secre ciones internas, y que cumple un papel importantísimo en el proceso de la reproducción.

Cnando el óvnlo o célula madre rompe el folículo que lo retenía adherido al ovario para dirigirse bacia las trompas de Falopio, en el sitio que ocupaba el óvnlo queda un lueco que se llena de sangre extravasada, se coagula ésta, se organiza y se forma entonces un tejido especial de color amarillo al que se le ha llamado cuerpo lúteo. Este enerpo se comporta como una verdadera glándula endocrima y comienza a segregar diferentes substancias (hormonas) cuyo objeto es prepara la matriz para que reciba al óvnlo en caso de que éste quede fecundado.

Si el óvulo en su viaje de descenso encuentra en su camino un espermatozoide que lo fecunde, se detiene entonces en la matriz, en tanto que el cuerpo lúteo continúa creciendo en tamaño y actividad. Una de las actividades del cuerpo lúteo consiste en inhibir la acción de la glándula pituitaria sobre las contracciones uterinas, pudiendo entonces las fibras musculares del útero estirarse al máximum, distendiéndose todo el órgano, dentro del cual se aloja y crece el feto en formación.

Pero, si por el contrario, el óvulo desprendido del ovario no tropieza en su descenso hacia la matriz con ningún espermatozoide que le fecunde, el cuerpo líteo se achica, degenera, cesa en su actividad y acaba por desaparecer. La glándula pitnitaria, libre de la acción frenadora de la hormona lútea, aumenta su secreción, la cual hace contraer los músculos del útero, y éste expele por este mecanismo las substancias que el organismo había

fabricado para recibir al óvulo fecundado. Esta eliminación de substancias no es otra cesa que la menstraución, según hemos anotado antes.

Fundándose en esta función endocrínica del cuerpo lúteo, pudo Knans llevar a cabo sus experimentaciones y formular por fin su teoría. Invectando intravenosamente algunas secreciones endocrinas, particularmente la pituitrina, estudió los efectos que se producían en la matriz. Si este órgano reaccionaba a la inyección, snpoma Knaus que la ovulación no había comenzado y que el óvulo no había ingresa; do aún en e! interior del útero. Si, por e! contrario, este órgano permauecía inac tivo después de la inyección, presumía Knaus entonces la existencia de una substancia extraña que actuaba contrarrestando los efectos de la invección. enbstaucia no era otra sino la elaborada por el cuerpo lúteo, el cual sólo empieza a funcionar inmediatamente después de baber comenzado la ovulación.

Aliora bien, hemos indicado antes cómo, para que pueda producirse la fecundación, es necesario que el óvulo encuentre un espermatozoide que lo fecunde. Salta a la vista, pues, que si bacemos imposible que el uno se encuentre con el otro, no puede haber concepción. Esto se logra, en los métodos contraconceptivos, evitando, por medio de una barrera material, el encuentro de las dos células, o debilitando y anulando la potencialidad del espermatozoide. En el método natural se logra ésto absteniéndose de cohabitar durante el período de tiempo en que el óvulo está en condiciones de ser hallado y fecundado por el espermatozoide. Es decir, haciendo imposible, por circunstancias de tiempo, que se produzca el encuentro. Por ejemplo, si el óvulo sale del ovario en un momento dado y, durante los comienzos de su travesía por las trompas de Falopio, muere sin haber tenido oportunidad de encontrar la célula macho, no hay l'ecundación posible, hasta tanto no vuelva a desprenderse otro óvulo con mejor suerte.

Se ha averiguado que, aproximadamente, cada mes se desprende del ovario una de estas células-madre para seguir el curso indicado. ¿En qué momento se produce este desprendimiento? Este era, en síntesis, el problema capital que se plantearon Kuans v Ogiuo v cuya solución se propusieron determinar. Este último autor llegó a la conclusión (como hemos indicado antes) que la ovulación ocurre entre los límites del ďuodécimo (12º) y el décimosexto (16°) día antes de la menstruación; para Knans la oyulación se produce del duodécimo (12%) al décimocuarto (14%) día. Empero, conocidos ya, de acuerdo con estas investigaciones, los días en que ocurre generalmente la ovulación, son necesarios otros datos para precisar con alguna exactitud la duración de los lapsos de esterilidad y fecundidad.

Supongamos, por ejemplo, que el óvnlo, una vez despreudido del ovario y en viaje hacia la matriz, viviera un tiempo ilimitado. Entouces podría ser encontrado en cualquier momento por un espermatozoide y fecundado por él. No habría posibilidad de período estéril. Supongamos, por otra parte, que un espermatozoide conservara su vitalidad indefinidamente: podría aposeutarse en cualquier sitio estratégico dentro del oviducto y esperar allí a que pasara un óvulo para fecundarlo, Tampoco habría posibilidad de período estéril.

Pero éstos son solo supnestos teóricos para actarar una tésis. La realidad es que ni el óvalo ni el espermatozoide viven indefinidamente, sinó que ambos fenecen en poco tiempo. El primero, si no ha sido fecundado, horas después de haberse desprendido del ovario; el segundo, si no ha logrado ejercer su acción fecundante, cuarenta y ocho horas después de haber sido depositado en el órgano sexual femenino. Es de notarse que el espermatozoide, aunque puede conservar su movilidad por algún tiempo, pierde mucho antes su vitalidad o poder de fecundar.

Agrupando, pues, en secuencia lógica los siguientos datos: momento de la ovulación, vitalidad del óvulo y vitalidad del espermatozoide, se puede determinar el lapso de tiempo durante el cual sea materialmente imposible que se produzca la fecundación. Si la pareja se abstiene de cohabitar durante el momento en que la fecundación es posible o probable, se suprime la presencia de los espermatozoides y, por lo tanto, la posibilidad de la concepción.

Esta es, en síntesis, la teoría Ogino-Knaus. Es necesario añadir aún que no existe una absoluta certeza en todas las ocasionos respecto a la vida del óvulo y del espermatozoide. El cálculo que se toma como base, sin embargo, deja el suficiente margen para poder formular una

regla general. En caso de que coincidieran un óvulo y un espermatozoide de vitalidad extraordinaria, podría quedar cu bierto el margen y ocurrir la fecundación.

Hecha esta salvedad, pasamos a exponer un caso simple o normal, de menstruación regular de 28 días, para que se comprenda claramente la teoría de Knaus. (Luego nos ocuparemos de los casos irregulares y complicados, así como las probables o posibles excepciones a la reglageneral).

Supongamos, para más claridad, que el menstruo hace su aparición en el día primero del mes del calendario. De acnerdo con Knaus tendremos, pues, lo siguiente:

- 1—Desde el día primero hasta el noreno, inclusire, tiene lugar el primer período de esterilidad;
- 11. Desde el décimo hasta el décimoséptimo, inclusive, tiene lugar el período de probable fertilidad;
- 111—Desde el décimo-octavo hasta el duodécimo-octavo, inclusive, se extiende el segundo período de esterilidad.

El siguiente anagrama hace visualmente comprensible lo anterior:

comienzo del flujo: Período de probable fertilidad

Comienzo del segundo flujo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29

El día primero comienza el flujo de sangre: desde ese día hasta el noveno, inclusire, puede cohabitarse sin peligro de concebir; desde el 10 hasta el 17 es el período de probable fertilidad, que dura ocho días, y durante el cual no deberá cohabitarse si se quiere evitar la probabilidad del embarazo; desde el día 18 hasta el dia 28, inclusire, se da el segundo

período de esterilidad. Se deberá notar que después del 28, o sea en el 29, comienza el flujo correspondiente al siguiente período de menstruación, y por lo tanto, los uneve días que siguen al 28 serán también estériles, o sea, que hay, en resumen, 20 días contínuos—de entre los 28—que son estériles, de acuerdo con la feoria.

Se deberá notar, además, que la ovulación puede ocurrir en cualquiera de los días que van desde el 12 hasta el 16 inclusive, mientras que el período de probable fertilidad añade dos días más al comienzo (el 10 y el 11) y uno al final (el 17), estableciendo así un margen—al principio—para la posible vitalidad del espernatozoide, y otro—al final—para la posible vitalidad del óvulo.

Explicada ya la teoría en sus principios fundamentales, pasamos ahora a la manera de aplicarla en la práctica.

Aplicación Práctica del Método Natural

La vida en sus manifestaciones fisiológicas es un fenómeno tan complicado e imponderable, que cada ser viviente tiens una manera personalísima y peculiar de cumplir sus funciones vitales. Estas llegan al máximum de complicación en los seres humanos,

En el caso de la función menstrual sería difícil encontrar dos mujeres cuyos ritmos periódicos coincidieran; más aún, en una misma mujer la periodicidad en tiempo del flujo menstrual tiene sus irregularidades, que son en ella perfectamente normales, aparte de los casos excepcionales ya anotados.

Siendo esto así, la teoría de la pariodicidad de las épocas de fertilidad y esterilidad en la mujer se complica notablemente. Es necesario observar, por consiguiente, cada caso individualmente y con el mayor cuidado para asegurar la eficacia del método y sus resultados prácticos.

Tanto Ogino como Knans admiten que el período de esterilidad no es tan fácil de determinar en aquellas mujeres cuya menstruación irregular no se ajuste al período de cuatro semanas. Ogino cree que la aplicación del método en el caso de una menstruación irregular, cuya irregularidad pase de 9 a 10 días, es muy insegura,

Sin embargo, en la generalidad de los casos de menstruación tipo, y aún con leves irregularidades, siempre que se observen cuidadosamente las instrucciones, la teoría tiene suficiente probabilidad de éxito para que se intente por lo menos aprovecharse prácticamente de ella; máxime cuando su aplicación no puede en ningún caso producir efectos dañinos, ni requiere gastos ni molestias, ni complicaciones de ningún género. Muy por el contrario; su práctica requiere cierta dósis de dominio de la propia voluntad, obligando a una abstinencia corta y periódica que no puede perjudicar a nadie.

En primer lugar, es necesario que la nmjer posea nu conocimiento lo más exacto posible de su período menstrual e intermenstrual. Este período abarca todo un ciclo, en el cual los 3, 4, 5 o más días que dura el flujo (menstruación, propiamente dicha.) constituye solamente uno de sus episodios. En otras palabras, el ciclo periódico (la regla, en scutido extricto) comprende desde que comienza el flujo (o sea, desde que hace su aparición el derrame) hasta el comienzo del subsigniente, sin incluir a éste. Los ciclos menstruales varían en diferentes mujeres, oscilando desde 21 hasta 45 días, como máximum. El Dr. Joseph B. De Lee, profesor de obstetricia y ginecología en la Universidad de Chicago, en su libro Principios y Prácticas de Obstetricia, edición de 1933, dice lo siguiente: "El 71% de las mujeres menstrúan cada 28 dias, con diferencias de 24 horas. Hay distintos tipos de ciclos; por ejemplo, un 2% de las mujeres tienen un ciclo de 21 dias; un 14% de 30 días; y el 1% de 27 días." Según los cómputos del Dr. De Lee, el 89% de las mujeres son regulares en su ciclo particular. De acuerdo con la teoría Ogino-Kuaus, de un 85 a un 92% de las mujeres menstrúan dentro de los limites de 21 a 35 dias, con la suficiente regularidad funcional para permitir la aplicación práctica de las consecuencias de la teoria.

En una misma mujer el ciclo puede variar. Es perfectamente normal, por ejemplo, que se tenga un ciclo de 28 días en un mes, uno de 30 al signiente y uno de 29 al tercero. El margen de la variación, en la generalidad de los casos, no suele ser mayor de cuatro días, pero puede ser lo. Si la variación es de cinco, seis, o más dias, la aplicabilidad de la teoría so hace entonces difícil e insegura. Por otra parte, mientras mayor es el margen de variabilidad en un caso determinado, menor es el lapso de tiempo de esterilidad y más aumenta el período de posible y probable fertilidad.

Por todo lo anteriormente explicado, es necesario insistir en la necesidad por parte de la mujer, de saber con la mayor exactitud posible, la duración de su propio ciclo periódico. La generalidad de las mujeres de mediana inteligencia no ha podido menos de observar con algún cuidado su propio ritmo mensual. Siu embargo, aún en este caso, es necesario llevar un historial y no depender absolutamente de la memoria. Ello es sumamente fácil si se tiene cuidado de hacer una marquita en un calendario corriente so-

bre el día en que hace su aparición el flujo y sobre las fechas que dure éste. Repitiendo la observación por un número de meses (seis n ocho) se pueden recoger datos bastante exactos para fundamentar y aplicar la teoria. Todo lo cual no obseta, empero, para que la mujer empiece a aplicar la teoría de acuerdo con sus observaciones pasadas; siempre ello resulta mejor que no hacer nada, pudiendo corregir luego los cálculos anteriores a base de sus observaciones posteriores.

Supongamos un caso; el primer mes que comienza la mujer a computar, encuentra que menstrua al cabo de 27 días: el segundo mes, a los 28; el tercero, a los 30; el charto vuelve a 27, otra vez, el quinto, a 28 y el sexto a 30, nuevamente. Esta umjer tiene, pues, un ritmo que varía entre 27 y 30 días, o sea, un margen variable de 3 días, que no es nucho. Supongamos que otra mujer hace el mismo cómputo y encuentra que un mes meustrna cada 27 días; al signiente, a los 28; el tercero, a los 27 otra vez, y así sucesivamente, su ciclo oscilará, pues, entre 27 y 28, regularmente. En cualquiera de estos casos, y en otros análogos, la teoría es aplicable sin grandes difficultades.

Una vez determinado, con la mayor precisión posible, el ciclo y su variabilidad, le será sumamente fácil a la unijer fijar su período fértil y su período estéril. Es decir, el período o lapso de tiempo en que es *probable* la concepción y aquel en que es imposible, según la teoría.

A continuación damos un anagrama, de acuerdo con el sistema de Knaus, que comprende cicles desde 23 a 30 días, aplicable tambien para otros ciclos de mayor o menor duración,

PERICEO DE ESTERILIDAD Y FECUNDIDAD EN LA MUJER

Término del eu e							29	29 30	las distintas columnas de números horizontales corresponden a distintos ciclos, por ejemplo: de 23, de 24, de 25, etc., días. El número uno, en el margen izquierdo, corresponde al día en que hace su aparición el menstruo; los números del margen derecho, corresponden al día en que termina el ciclo. Los números subrayados comprenden el período de probable fertilidad , correspondiente a cada ciclo. Durante los días no subrayados se comprenden los períodos de esterilidad.	Una mujer con un ciclo regular de 23 o de 24 o de 25 o de etc., cías deberá buscar la columna correspondiente a su ciclo, y abstenerse de cohabitar durante los días subrayados, si quiere evitar la concepción.	
0 0						ર્જા	85	28	or e le a en a le fe peri	usca bray	
mir					12.	27	27	25	s. poondonde onde babl	sul sul	
Tér				26	56	26	26	26	iclo resp esp pro l	pber: días	
			5.	55	25	8	25	25	os c corr corr o de	s de los	
		57	5	5	54	57	77	77	tiint rdo, sho. íodc omp	cía ate	
	55	83	89	প্র	23	69	£5.	23	dis quie lerec per per	etc urai	
	37	22	81	61 61	21	81	22	81	en a in izi en d en d zn el	de e ar d	
	51	21	22	21	212	21	21	21	oond narge ende raya	5 o iabit	
	50	20	20	20	95 05	20	30	20	rest el m let r mpr mpr subb	le 2 coh	te.
aus	19	19	19	19	19	19	19	18 19 20	cor cos co so co so co	o o	uien
de acuerdo con Knaus	18	<u>s</u>	$\frac{1}{\infty}$	$\frac{1}{x}$	15	15 16 17 18 19 20	17 18 19	18	tales imo, imer yado días	e 24 nerse	Para los casos irregulares, véase la página siguiente.
con	17	17	12	11	17	17	17	17	zen ro u s nu bray los	o d ster	gine
rdo	16	16	16	91	16 17	91	16	16	hori úme ; lo ; lo s su nte	23 : ab	r pá
acne	15	15	14 15 16 17	15	15	15	15 16	15	eros El n truo neros Jura	r de 10, 3	se la
de a	1+	+	14	14	14		14	14	.úme s. J nens nún o. I	gula r cic	véa
		11 12 13 14	13	13	13	12 13 14	12 13 14	13 14	le n día el n Los ciclo	o re g a st zión.	res.
	12 13	12	12	12	12	12	12	10 11 12	nas eetc., ión o. ada	Una mujer con un ciclo re lumna correspondiente a su quiere evitar la concepción	gula:
		TI.	11	1	=			Ξ	umr 25. arie ciel a e	un ndie	irre
	10 11	10	10	10 11	10	9 10 11	9 10,11	10	col de l ap el nte	con spoi r la	808
	6	6	6	6	6			6	ntas 24 e 24 e sv nina ndie ad.	jer orre vita	Ca
	œ	∞	œ	∞	20	∞	œ	∞	las distinta de 23, de 2 que hace que termit correspond esterilidad.	mu a c	tos
	7	2	-	1-	1-	17	1-	1~	s d 23 1e 1e 1e orre	na mn nier	ага
	9	က	9	9	9	9	9	9		525	7
	1 5	÷	ů	,0	10	,c	,¢	*0	;;		
0Z		-	+		-	-	-		ació	: 0	
ien siel	ಣ	ಣ	က	2.0	ಣ	ಣ	ಬ	20	Hee	ld m	
Comienzo Let ciclo	જા	ئ ا	\$1	21	21	2.	51	21	Explicación :	Ejemplo :	Nota:
	panel .	, mad									

Cuando la menstruación sea irregular deberán combinarse los dos períodos, el más bajo y el más alto, de la irregulari dad. Por ejemplo: una unijer que menstrua entre 27, 28 y 30, deberá escoger como base el ciclo 27 (más corto) y el 30 (más largo). Haciendo uso del ana grama, encontrará su período fértil, en la forma siguiente:

En la columna correspondiente al ciclo 27 buscará el primer número subrayado, que corresponde al 9; en la columna del ciclo 30 buscará el último número subrayado, o sea, el 19. Desde el noveno día, pues, contando desde el primero en que hace su aparición el menstruo, hasta el décimonono día (19), o sea, durante 11 días consecutivos tendrá su período fértil, Los demás días serán estériles. Si la mujer se abstiene de todo contacto sexual durante esos once días, es bastante probable que no concebirá.

Hay que recordar aquí, que las cifras del anagrama no tienen que ver nada con los números que correspondan en el calendario al día del mes. El día primero, en el anagrama, marca el día en que hace su aparición el menstruo, corresponda al día que fuere en el calendario.

En el ejemplo que hemos puesto la variación es de tres días, pero el proceso es ignal para variaciones menores o mayores, sicmpre que éstas no pasen de 4 o 5 días. Como hemos dicho antes, la inmensa mayoría de los casos cae dentro de una variación de cuatro días.

Períodos Críticos

El método que bemos explicado es ge neralmente válido en casos de menstrua ción regular de 23 a 30 días. También es válido, generalmente, en casos irregulares, cuya variación no pase de cuatro días. En casos en que la irregularidad sea mucho mayor la mujer deberá consultar un médico; su extrema irregularidad pudiera deberse a causas corregibles. Sin embargo, hay casos en que no; la irregularidad, anuque grande, es constitucional, en cuyo caso no puede aplicarse la teoría.

Si por una causa cualquiera la regularidad de la menstruación se alterara considerable e inesperadamente, la mujer deberá esperar a que el fenómeno se regularice antes de continuar aplicando la teoría. Después del parto, por ejemplo, la menstruación altera su ciclo y tarda algún tiempo en regularizarse. Generalmente adquiere un nuevo ritmo y, por lo tanto, es necesario ajustar la conducta de acuerdo con él, si se quieren obtener resultados efectivos.

Finalmente, parece que existe la posibilidad de que, por efectos de una intensa emoción sexual, se desprenda inopinadamente del ovario an óvulo, en cuyo caso es imposible determinar el momento de la ovulación. Este fenómeno se ha podido comprobar en algunos animales, pero no hay seguridad de que suceda igual en el ser humano. Todo parece indicar, que estos casos, si se dan, son excesivamente extraordinarios y no alteran, por lo tanto, la aplicación del método natural en la generalidad de los individuos.

PLASTIC RECONSTRUCTION OF THE DEFORMED NOSE*

KEITH KAHN, M. D.

New York City

As in all other types of surgery, plastic operations require a standardized technique. I have attempted to prove this requirement and the purpose of this paper is to give you my own experiences. I shall not go into details on the history of plastic surgery as I assume that most of these details are known to you.

Because of the delicacy of plastic operations—on the nose as well as on any other part of the body— it is absolutely imperative that the operator learns how to model a nose from clay before attempting rhinoplasties, for it would be unwise to attempt such an operation without this clay modeling, just as it would be unwise to attempt surgery without knowing anatomy.

It is unfortunate that the majority of plastic operations are performed in private hospitals, as such hospitals are beyond the reach of those who are financially handicapped and such persons therefore will not even attempt to seek relief. They have to put up with their afflictions and follow such pursuits as might be open to them. By that I mean that these patients will seek relief from, say, impaired breathing or similar symptoms in clinics especially suited for such purposes. Needless to say, a hideous facial distigurement will close many lines

Less than 10^r , of all nasal corrections are undertaken for beauty purposes; more than 90^r , of the patients submit to such operations because they are unable to secure employment that is denied to them because of their distignrements. Patients seeking the assistance of the plastic surgeon because of a nose deformity frequently present one or more of the following reasons for operations.

- (1) Neuroticism, such as self-consciousness, mental depression, inferiority complex— which in most cases is a result of the haudicap— and other disturbances that might be considered of a neurotic origin or be a contributing factor to a psycho-neurosis. Fully 80% of all of these patients suffer from neurotic tendencies.
- (2) About 80% of all patients suffer from impaired breathing. In most instances plastic operations will improve this condition. However, these operations do not in any way replace— nor are they intended to do so— more extensive submucons resection.
- (3) About 40% of all patients seek the plastic surgeon because of social handicaps or because they are unable to find employment in their chosen field due to their deformity.
- (4) Strange as it may seem there are less than 10% who seek the plastic surgeon for beautifying purposes.

Nasal deformities may be hereditary or the result of tranma. Congenital mak-

of work to them and make their social life a burden.

Less than 10°_{C} of all nasal corrections

^{*} Parts of this paper have been copied from an article on ""The Humped Nose: Its Cosmetic and Plastic Correction" which appeared in The Medical Times and Long Island Medical Journal, Feb., 1934.

formations may be contined to the superticial structures, while tranmatic deformities usually involve the deeper tissues of the nose. In these latter cases the reconstructive process naturally is more complicated.

As in most instances of surgery the patient's general condition should be known to the surgeon. I am referring here to heart conditions, blood pressure, the coagulation time of the blood, and any active pathological conditions in the nasopharmyx or the neighboring structures, which may interfere with the operation or its result. Another important factor is the healing ability of the patient. It is absolutely necessary that the extent of any previous nasal operations be well established, and of course, that syphilis be eliminated by means of laboratory tests.

There are five types of masal deformities:

- (1) Hooked nose;
- (2) Long nose;
- (3) Crooked nose;
- (4) Saddle-back or flat nose; and
- (5) Broad nose.

The frequency of occurrence of each type depends upon the habits and race of the individual.

The pre-operative preparation, as well as the anesthetic, is the same regardless of the type of deformity. A combination of codeine and aspirin, administered orally one hour before operation, is excellent as a pre-operative sedative. However, operators who are not accustomed to using local anesthesia will find morphine sulphate more effective.

Hooked Nose. -This is by far the most frequent type of deformity encountered.

Except in rare instances the operation is performed under local anesthesia, and with care even the prin resulting from the first prick of the needle can be eliminated. The patient's face is cleansed with alcohol, and iodine is applied over the nose and upper lip.

Anesthesia.—A ten per cent solution of cocaine is used to anesthetize the uasal mucosa; a 1:1000 solution of adrenalin is applied to supplement the cocainization and to minimize the bleeding. Then the entire intranasal field of operation is iodinized. The iodine is immediately nentralized by a liberal application of alcohol. A two per cent solution of novoraine containing adrenalin is used for infiltration, which begins at the base of the columna hasi and passes ontward to the tip and upward along the top of the septum and bilaterally over the bony structure of the nose.

Technic,--The scalpel is passed up through the nostril and an incision is made between the upper and lower lateral cartilages and extended laterally over both the nasal processes and downward along the top of the cartilaginous septum. The entire incision is made inside the nose; the skin is not cut at any point. The tissue over the bridge of the nose is loosened, and before the nasal bone is removed, the periosterm is push ed back and saved. The excess of bone is removed by sawing, and the uasal processes are leveled by paring with a rasp. The septum is trimmed and leveled with a cartilage knife and shortened, usually by the removal of a V-shaped section from the tip or center, according to the structure and position of the cartilage. Two or three silk sntures are passed through the septnm and adjoining tissues for the

purpose of closing the gaping space. If the tip of the nose is too broad, sections may be removed from the superior edge of the lower lateral cartilages to facilitate the narrowing process. A soft metal splint is placed on the aose for 48 hours. The splint minimizes the edema and molds the nose.



Fig 1. Hooked Nose Before and after operation. Nose straightened and shortened.

After the first forty-eight hours the dressing consists of adhesive strips. It is used chiefly to prevent public inspection and criticism until the swelling disappears. For the first few days, patients are very solicitous concerning the length of the nose, since, because of the swelling, it appears entirely too short. As the swelling recedes, the tip of the nose drops to normal and the patient's anxiety is relieved. Peroxide of hydrogen may be used for cleaning and keeping the nostrils open. The sutures are removed on the eighth to eleventh day, according to the healing ability of the patient.

During the operative process, the tissne is loosened over the bridge of the nose to let the skin contract and thus return to its original firmness over its diminished contents without puckering. The periosteum over the nasal bone is saved and pulled downward over the leveled porcesses, because the bone regenerates beneath it to form a straight bridge almost as strong and thick as the previous one.

The period of hospitalization varies from 24 to 72 hours.

Results.—The breathing is always improved. The shape of the nose is well nigh perfect; and, if the patient has a neurotic tendency, it is relieved in proportion to the plastic improvement.

Long Nose. The reconstructive process in this case is the same as that for hooked nose, except that there is no hump to be removed.



Fig 2. Long Nose. Before and after operation.

Crooked Noses. The operation for this type of nose differs but slightly from the routine described for hooked nose. After removing the hump on a crooked nose the nasomaxillary processes are detached at their bases by using either a saw or a chisel. Then the cartilaginous septum is incised against any concavities to break the springlike effect of the cartilage. The

incisions pierce the mucous membrane and pericondrium of the concave side as well as cartilage proper. The mucous membrane and pericondrium of the convexed side are left intact. The septum is then straightened and shortened, as previously described. The nose is molded and the metal splint put in place. The splint is removed after four or tive days.

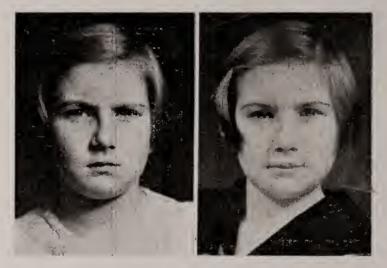


Fig. 3. Crooked Nose Before and after operation Intra-nasa structures reconstructed and straightened

In detaching the nasomaxillary proces ses, some surgeons prefer a chisel and others a saw. I have always considered the nasal bones too fragile for the use of a chisel, and besides, the saw is under much better control and the patient does not suffer from the shock of the blows, which may prove very unpleasant in the case of nervous patients.

Saddle-back Nose.—First, a plaster of paris cast is made of the nose and dental wax is molded into the concavity, until

the nose has attained the shape desired after operation. Then, the wax model is taken to the operating room. A piece of costal cartilage with its pericondrium is removed under local anesthesia, rontine method, and shaped like the wax model but somewhat smaller, because the model fits outside the skin while the transplant ed piece goes beneath. The tendency of the cartilage to turn up at the ends can be overcome by cutting the pericondrium criss-cross.



Fig 4. Saddle-back Nose. Before and after operation. Cartgraft from rib utilized in reconstructive process.

By rontine method, an incision is made intra-masally along the lateral cartilage and the skin loosened well out over the masal processes. The transplanted piece, which, when properly shaped, is introduced through the incision, fits the nose as singly as a saddle. The incisions are made on both sides and of course they must be the same length to assure symmetric.

metry and uniform contraction. A splint is not used in this type of case. Two or three small black silk sutures are employed to close the incisions and a very light dressing is applied. The sutures are removed on the fourth to sixth day. If the patient suffers from syphilis or some endocrine disturbance, a silkworm drain should be inserted to drain off the serum

which always collects in such cases. The site from which the graft is taken should receive routine surgical care. The period of hospitalization is four to six days.

Broad Nose.—This type of nose is revamped in the same manner as the saddle-back nose. However, external incisions may be necessary to narrow the nostrils. For this reason it is impossible to standardize thoroughly the operation and each case must be handled individual ly.

In conclusion I wish to emphasize the fact that the operation just described falls under the subject of minor surgery; however, happiness in many cases has been restored to many individuals thus treated.

A Specific in Infant Feeding DEXTROSOL

(DEXTROSE)

To correct deficient starch digestion you may prescribe Dextrosol in infant feeding with complete confidence. Dextrosol is pharmaceutically pure dextrose, the ultimate sugar in metabolism.

Dextrose is unequalled for infants, since it is completely predigested carbohydrate and is absorbed much more rapidly than lactose (milk sugar) or ordinary sugar. The physician usually prescribes a formula of cow's milk, boiled water and Dextrosol, in quantities which vary depending on the weight of the infant.

This diet is especially effective in building up illnourished and feeble infants. The normal child, as well, is benefitted by this readily assimilated diet supplement.

FOR ADULTS

DEXTROSOL is also prescribed to correct such conditions as carbohydrate depletion, malnutrition or hepatic disfunction. It is administered orally or intravenously, depending upon the circumstances. Send for authoritative booklet "Remedial Uses of

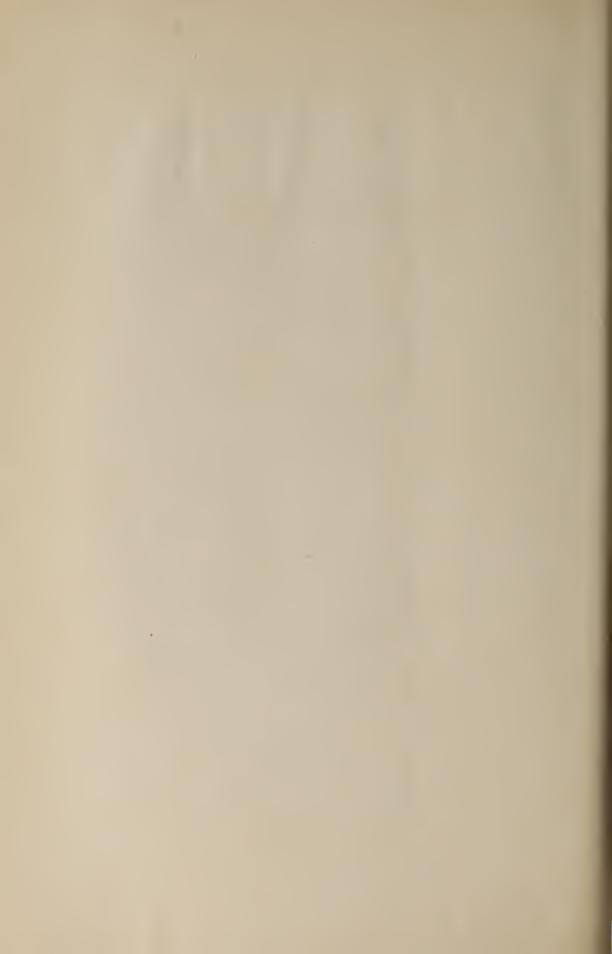


for authoritative booklet, "Remedial Uses of Dextrose," and physician's free sample of Dextrosol.

CORN PRODUCTS REFINING CO.

L. MARTINEZ OCHOA, Agent.

Box 143, Ponce Box 768, San Juan.



UN ANTIPIRETICO DE GRAN VALOR Y APLICACION EXTERNA.



Las temperaturas febriles y el dolor pueden en la actualidad ser controlados de una manera más efectiva y con mayor seguridad, sin temor a causar desarreglos intestinales, debido al hecho de que se puede recurrir a un tratamiento de aplicación externa, que ha venido a reemplazar el uso de drogas por la vía digestiva.

NUMOTIZINE

(La Super-Cataplasma)

La aplicación externa de este emplasto moderno de caolina, proporciona, no solo el efecto antiflogístico propio de la caolina, sino, además, las acciones antipiréticas y analgésicas del guayacol y la creosota, absorbidos a través de la piel.

Muestras gratuitamente distribuidas a los miembros de la profesión médica.

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St.

Chicago, U.S.A.

Robert & Santini, Distribuidores

Ave. Ponce de León

San Juan, P. R.



METYCAINE LILLY

Anestésico Local

tesia precoz, difusible y profunda. Sus efectos se obtienen por infiltración o por aplicación tópica en las mucosas. Obtenible en sus distintas formas por conducto de su abastecedor de substancias médicas.

Tilly

ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

FABRICANTES DE PRODUCTOS MEDICINALES DESDE 1876

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC LIBRARY

ALL MAK 1936

INDICE

Página

Evolución del Ejercicio de la Profesión Mé-	
dica en Puerto Rico, O. Costa Mandry, M. D.,	
San Juan, P. R.	289
Informe rendido por el Presidente de la Aso-	
ciación Médica de P. R., Dr. E. García Ca-	
brera, a la Cámara de Delegados en su Asam-	
blea Anual, celebrada los días 13, 14 y 15	
de diciembre de 1935	300
EDITORIAL	311

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

LA FARMACIA BLANCO

en

SAN JUAN y SANTURCE

Teléfono 35 - S. J.

Teléfono 785 - Sant.

A cooperado por más de 55 años con la distinguida clase médica de Puerto Rico, sirviendo al público de esta ciudad más de un millón y medio de recetas.

PRESCRIBE

COLE'S EMBRY-E

(Cole's Pure Cold Pressed Wheat Germ Oil)

"THE RICHEST KNOWN SOURCE OF VITAMIN E"

INDICATIONS:

- 1. Correction of female sterility.
- 2. Expectant and nursing mothers.
- 3. Prevention of male sterility.
- 4. Lowered basal metabolism, myasthenia gravis, paralysis and other forms of muscular debility.
- 5. Anterior Pituitary deficiency.

Write us for literature

COLE CHEMICAL COMPANY St. Louis, U. S. A.

QUALITY PHARMACEUTICALS

ENRIQUE VELEZ POSADA - 8 Tanca St - Apartado 1018 - San Juan

i Nuevo!

PRONTO ALIVIO DE LAS TOSES

CEROSE

De Sabor Agradable, Inofensivo y Eficaz

Desprende y licúa las secreciones bronquiales.
Alivia los espasmos de toses ásperas o irritantes.
Ayuda a mantener el equilibrio alcalino.
Estimula la diuresis y la diaforesis.
Facilita la éxpectoración.

Se envasa en botellas de 118 c.c. y 236 c.c. De venta en todas las farmacias.

NO CONTIENE AZUCAR



FORMULA

I O KINIO E A
ALCOHOL 1½ %
Fasfato de Cadeína
Claraforma
Ext. Flúido de Ipecacuana416 c. c.
Acido Cítrico 1.315 grms.
Ext. Flúido de Cerezo Silvestre .832 c. c.
Citrato de Sodio 3.945 grms.
Sulfoguayacolato de Patasia 1.744 grins.
Mental, Glicerina y Agua, c. s 100 c. c.

NARCOTICO EXENTO

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. de A.



Esto es AGAROL...

... pero esto es algo muy diferente!



Vertida sobre papel secante, la gota de Agarol se conserva intacta, firmemente unida. Pero cuando se trata de emulsiones imperfectas, se nota que el papel secante va absorbiendo el aceite mineral formando un círculo grasoso alrededor de la gota.

El Agarol es la emulsión original de aceite mineral con agaragar y fenolftaleína. Es tan perfecta como lo permite el progreso actual del arte farmacéutico, unido a la pericia adquirida en más de 75 años de experiencia.

Los ingredientes más puros y seleccionados entran en la composición del Agarol. No contiene álcali, alcohol, ni azúcar. No está artificalmente saboreado; pero su gusto es agradable.

La reputación del Agarol se debe exclusivamente a sus buenos resultados, constantemente comprobados en infinidad de casos de estreñimiento.

Mándenos una hoja de su recetario, Sr. Doctor, y con todo gusto le remitiremos muestras gratis de Agarol.

WILLIAM R. WARNER & CO., INC. 113 W. 18 Street, New York, E. U. de A.







Cuando — en casos de hemorroides — se busca aliviar el dolor, reducir la congestión y detener la hemorragia, los Supositorios Anusol constituyen el recurso terapéutico racional y seguro. No contienen narcóticos, ni analgésicos para disimular el dolor. La mejoría que sigue a su uso, es evidente. Termina por conseguirse la eliminación completa de los síntomas, sin recurrir a la cirugía.

Los Supositorios Anusol son innocuos en todas las condiciones rectales. Vale la pena someterlos a prueba aún en los casos graves. Si es necesario operar, sirven para preparar la zona operatoria — y evitar sufrimientos al paciente. Después del procedimiento quirúrgico, los Supositorios Anusol ejercen benéfica acción antiséptica — y apresuran la cicatrización.

Enviamos muestras gratis de Anusol a los Médicos.

ANUSOL

GOEDECKE & CO., Inc., 113 West 18th Street, New York, E. U. de A.



STRIKING ADVANCE

in

VITAMINE "D" THERAPY

DRISDOL

(Trademark)

Preparado soluble-cristalino de la Vitamina "D" disuelta en glicol-propileno. Cada gota de Drisdol disuelta en leche equivale a 10 gotas de Viosterol. Un Gmo, es igual a-10,000 unidades de Vitamina "D" y una gota=250 unidades.

Indicaciones: Específico para el tratamiento y prevención del raquitismo, osteomalacia, tetania, desnutrición, artritis.

Dosis: De 2 a 15 gotas al día durante las comidas. Envases: Frascos cuenta gotas de 5 cc. y 50 cc.

Nota: Literatura y muestras a solicitud de los Sres. médicos.

EXTRACTO DE HIGADO

"CAMPOLON"

(Reg. U. S. Pat. Off.)

PREPARADO HEPAR-OPOTERAPICO muy activo para inyecciones intramusculares (región glútea), según el Prof. Gansslen No irrita ni duele después de inyectarse.

Indicaciones:—Para el tratamiento de la Anemia Perniciosa, Agranulocitosis, Sprue

y en la convalecencia de otras enfermedades.

Envases: Cajas de 5 amps. de 2 cc.

NOTA: LOS PRECIOS ANTERIORES HAN SIDO REDUCIDOS

Nuevo Preparado Antisifilítico

CYCLOBIS

Reg. U. S. Pat. Off.)

Cyclobis (canfenilanato de bismuto). Contiene 30% de bismuto en una solución oleosa. No irrita ni duele después de inyectarse.

Indicaciones: Sífilis en todos sus períodos. Dosis: 1 inyección intraglútea a la semana.

Enrases: Ampollas de 2 cc., cajas de 5 y frascos de 60 cc.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC., NEW YORK, N. Y.

Agentes: - PROPRIETARY AGENCIES, INC.

TETUAN No. 1, Apartado 402

SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXVII

DICIEMBRE, 1935

Núm. 12

EVOLUCION DEL EJERCICIO DE LA PROFESION MEDICA EN PUERTO RICO*

O. COSTA MANDRY, M. D. San Juan, P. R.

Desde los primeros albores de la colonización de Puerto Rico, a pesar del aislamiento en que se encontró la colonia por muchos años, la medicina se ha desenvuelto en unestra isla signiendo las mismas normas de progreso científico sentadas por los países de ultramar. Esta era de desarrollo médico en nuestra isla podríamos dividirla, arbitrariamente, en dos etapas principales, adicionándole un corto período intermedio o evolutivo, resultado de la implantación de influencias extrañas a nuestra peculiar civilización. En primer lugar hemos de considerar la época que transcurre desde el comienzo de la colonización de la isla hasta el cambio de soberanía en el 1898. La etapa intermedia sería la que va desde el cambio de soberanía hasta el 1911 en que se fundó el Departamento de Sanidad, período éste de transición, en que se implantó en Puerto Rico nna nueva organización de vida civilizada iniciada por una raza distinta en todos sentidos de la que había dirigido hasta entonces la colonia, una raza de origen sajón, de costumbres y tradiciones diferentes a las nuestras y que traía con ella los

nuevos adelantos científicos de aquella época, iniciados y desarrollados por los grandes y notables bacteriólogos europeos Luis Pasteur y Roberto Koch. Período éste, en que tomó gran incremento la ciencia sanitaria y se implantaron los nuevos métodos y medidas preventivas para la lucha contra las enfermedades trasmisibles. El segundo período a nues tro modo de ver, comenzó con el establecimiento del Departamento de Sanidad y la creación de centros de investigación y laboratorios de salud pública.

Cada una de estas etapas de desenvolvimiento de la ciencia médica en Puerto Rico fué influenciada por diferentes eventos o medidas de gobierno que encauzaban o desviaban la trayectoria de la vida social en unestra tierra, pues la ciencia médica es inmensa en extensión y está compuesta por innumerables especialidades, cada una de las cuales cubre dentro de sí campos inmensos, y alcanza con su influjo a todas las capas de la sociedad.

En nuestras breves notas de hoy vamos a considerar someramente el desarrollo de un campo limitado de la ciencia médica, la licenciatura médica, o sea el ejercicio de la profesión del arte de curar, ya que todos estamos interesados en él, como es nuestro deber, ya que ello forma la base fundamental de nuestra

^{*} Trabajo inaugural de la Sesión científica de la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R., leído por su autor, el Presidente del Comité Científico, el 13 de Diciembre de 1935.

actuación individual y corporativa nuestro país. La preparación académica del médico, los requisitos necesarios para el ejercicio de su ministerio y los reglamentos en vigor con respecto a la práctica profesional, ejercen una influencia enorme sobre el desarrollo y la civilización de un pueblo, especialmente en pueblos como el nuestro, que está influenciado por factores medioambientales unos, y productos otros, del choque con una civilización especial que, como resultado del cambio de soberanía en 1898. ha creado nuevos problemas médicos. económicos y sociales, con los que nos hemos confrontado de manos a boca, y que habremos de resolver sin permitir que nos agobien como hasta ahora.

La ciencia médica ha progresado mucho en todos sentidos y en todas sus ramas en esta isla desde que se implantó aquí la primera medida de salud pública del Nuevo Mundo. Este hecho memorable, según se sabe, acaeció allá por el año 1521 cuando se trasladó el primer poblado de Caparra de un sitio a otro, huyendo de la invasión de las hormigas o mosquitos, según unos autores, o de las plagas—la malaria o la fiebre amarilla-que atormentaban a los colonizadores, según otros. Pero el hecho cierto es que el caserío fué cambiado debido, ciertamente, a lo insalubre de los alrededores y a las molestias físicas que ésto causaba a los primeros moradores.

En los principios de la colonización de la isla y hasta bien entrado el siglo XIX, a los habitantes de esta tierra, ni a gran parte de los del mundo civilizado de entonces, no les preocupaba el ejercicio de la medicina. Esta no estaba reglamentada, ni se comprobaba la validez de los conocimientos de aquellos primeros físicos, que acompañaban siempre, eso sí,

las expediciones de descubrimiento, conquista y colonización de estas tierras de América. Fueron ellos los primeros románticos embajadores de la ciencia médica en la isla de San Juan Bautista de Puerto Rico, según dice mi dilecto amigo, el aplicado historiador médico puertorriqueño el Dr. Don Manuel Guzmán Rodríguez, (a quien debo algunas de las referencias históricas de este trabajo) en sus apuntes para la historia de la medicina en Puerto Rico. La escasa población de la colonia permitía a aquellos pocos físicos atender debidamente a los habitantes de la isla; y las observaciones que ellos hicieran sobre las enfermedades aquí prevalecientes y las que aquí se desarrollaran al contacto del pueblo conquistador con el aborigen, revelan bien a las claras, las ideas científicas de aquella época, del florecer del pensamiento renacetista europeo. No podemos, pues, juzgar con el criterio de nuestros tiempos lo que se refiere a la práctica médica en aquel período, y hemos de llegar hasta la primera mitad del siglo XIX, cuando la población aumentó en número y se desparramó por toda la isla, y existían ya médicos que trabajaban en la isla de Puerto Rico y que habían obtenido su educación en el continente. Se confrontaban ellos más o menos con el mismo problema en el ejercicio de su profesión con que nos encontramos hoy día; el de que un gran número de charlatanes y curanderos, sin preparación o conocimientos. Médicos prácticos, personas sin títulos universitarios, aprovechándose de la escasez de facultativos como resultado del enorme aumento en población, se dedicaron al noble ministerio de la medicina en esta isla, en abierta competencia con aquellos que se habían sometido a

preparación y estudios que les capacitaban para su ejercicio.

Como resultado de estos males, escasez de titulados y abundancia de curiosos y curanderos, los cuales habían tomado gran incremento, y para remediar el desorden, abusos y perjuicios que ello trafa a los habitantes de la isla, el 28 de febrero de 1839 por Real Orden de la Corona de España, se creó la Subdelegación de Medicina y Farmacia, cuerpo ejecutivo y legislativo que hubo de jugar un papel trascendental en el progreso y desarrollo de la medicina y sus ramas en esta isla. La primera junta quedó compuesta por tres doctores en medicina, el presidente, Don José Martorell y dos vocales, don José Castelar v don Joaquín Bosch, y un secretario, don Vicente Acnña, quien era licenciado en Medicina.

La subdelegación de Medicina y cirugía tenía que ver con la supervisión de la práctica médica, velar que no ejerciese esta profesión quien no estuviese autorizado, visar las licencias de los médicos que para aquella época practicaban en la isla, reglamentar los honorarios profesionales, hacer informes en toda materia que se relacionase con la medicina, evacuar consultas sobre honorarios facultativos, muertes accidentales (envenenamientos, ahogados,) medicinas de patente, muertes raras, etc., crear juntas en los distintos pueblos para atender a la inscripción de los títulos, examinar a los médicos que procedían de universidades extranjeras y autorizarlos si los creían capacitados para el ejercicio de la profesión, revisar y expedir licencias y establecer penalidades para aquellos que violaban las disposiciones de los reglamentos vigentes.

Antes del establecimiento de la Sub delegación de Medicina y Cirugía, la Ca pitanía General y el Gobierno Superior de Puerto Rico, se habíau dado exacta cuenta de la necesidad de limitar la práctica de la nedicina a aquellos que estuviesen capacitados para ello y el 6 de febrero de 1838 se decretó la circular número 18 que obligaba a los profesores de medicina, cirugía y farmacia, residentes en los pueblos, a presentar para su debido registro, sus respectivos títulos a los Alcaldes, quienes a su vez los enviaban a la Capitanía General a fin de ser inspeccionados y determinar lo concerniente sobre su legitimidad.

El 26 de marzo de 1838 se promulgó la Circular número 32 que establecía las penalidades por el incumplimiento de la circular 18 que hacía compulsorio el registro de los títulos de médicos cirujanos.

Se estatuía por el Capitán General, con las signientes palabras; que los médicos cirujanos ó boticarios,

> "que en consecuencia de mi referida circular que no han presentado a esta fecha sus respectivos títulos ó licencias en este Gobierno, ó á los Alcaldes de los pueblos de su residencia. queden suspendidos de la facultad de ejercer la suya por espacio de cuatro meses, aunque posean títulos legítimos, que á su presentación sean registrados como tales; a menos que justifiquen en debida forma, que no han tenido noticia de dicha circular, ni se les lia dado conocimiento de ella por el Alcalde respectivo, sobre el cual recaerá en este caso la responsabilidad que corresponda. — 2º Los facultativos que requeridos por los Alcaldes hayan faltado á la citada presentación, además de la suspensión expresada en el anterior capítulo, quedan incursos desde luego en la multa impuesta en la Circular

Núm. 18 si han continuado ejerciendo, y se les exigirá por los Alcaldes sin admitirles escusa alguna por dejar de satisfacerla.— 3º Solo los facultativos cuyos títulos o documentos hayan sido registrados en este Gobierno y Capitanía General y anotado el registro en el mismo documento con espresión del número y la rúbrica del Secretario, podrán ejercer la ciencia de curar ó la Farmacia. Todos los demás quedan inhabilitados y sujetos á las penas designadas en las leyes del Reino......"

La Circular número 40 del 30 de Abril de 1838 disponía la aprobación y publicación de un arancel de "honorarios que deben abonarse a los Profesores de Medicina, cirugía, sangradores y parteras."

El arancel fué publicado y enviado a las autoridades de cada pueblo. tipulaba en detalle el cobro de honorarios por cada servicio incluyendo los servicios dentales. Se disponía asimismo que las personas que no fuesen titulados no podían cobrar dichos honorarios especificándose los que podían cobrarse. Más tarde en el 1856 este reglamento fué enmendado por el número 20 que aumentaba los honorarios en los casos de epidemia. Esto acaeció posiblemente como resultado de la epidemia del cólera que apareció en el 1855 e hizo estragos en toda la isla.

En el año 1846 la junta Superior de Sanidad del Gobierno Español, teniendo conocimiento de ciertos abusos y los resultados funestos sobrevenidos de irregularidades en el ejercicio de la medicina, decretó la circular número 478 que delineaba los deberes y previsiones impuestos a los médicos, cirujanos y a los farmacéuticos en el ejercicio de sus respectivas profesiones.

Las disposiciones de dicha circular, van contra violaciones de la ley que persisten aún a través de nuestros tiempos, a pesar de los cambios radicales que ha sufrido la ciencia médica, y mencionamos solo algunas partes de su articulado:—

"1º—Los Médicos, los Cirujanos y los Farmacéuticos están obligados a desempeñar los deberes que les imponen sus respectivos títulos con la precisión, moralidad, exactitud y decoro que exige el sagrado objeto de su ministerio."

"2°—Ningún profesor de medicina o de cirugía podrá entrometerse a visitar enfermo alguno que se halle a cargo de otro, a no ser de acuerdo con éste o que fuese elegido por los interesados, después de haberse enterado del estado del paciente por medio de una Junta."

"6°—Se prohibe el uso, aplicación y venta de todo remedio secreto, tanto a los Facultativos como a los que no lo son, en los términos que prescriben las leyes, bajo las penas que imponen."

"10°—Todos los Profesores de medicina, cirugía y farmacia del Reino, en el mes de julio de este año, darán conocimiento de las fechas, condiciones de sus títulos y las señas de su habitación a los respectivos Subdelegados; éstos a las Academias y Subdelegaciones principales, y éstas últimas a la Junta Suprema."

"11º—Esta operación se repetirá todos los meses de Diciembre por los particulares y de Enero por las Academias y sus Subdelegaciones principales."

En Septiembre 15 de 1849 se promulgó una circular, la número 479, delineando un reglamento para el régimen y gobierno de los médicos titulares de Puerto Rico, en la que se detallaban las disposiciones relativas a la beneficencia pública, la observancia de circulares y edic

tos y los deberes y obligaciones de los médicos titulares.

De las muchas disposiciones que contenía esta circular, solamente vamos a enumerar algunas de las más interesantes.

A los médicos titulares se les exigía como requisito mínimo tener nueve años de práctica profesional. Se daba preferencia a aquellos que estuviesen académicamente mejor preparados, esto es, los médicos cirujanos graduados de colegio tenían prioridad sobre los demás. Las plazas se cubrían por oposición, excepto en los casos en que no había candidatos, y tenían que dárselas a los que las solicitaban. Los médicos de beneficencia auxiliaban a los tribunales en los casos legales, y tenían la obligación de asistir a cualquier hora del día o de la noche y con esmero a cualquier enfermo que lo solicitara. Asimismo debían visitar diariamente la carcel. Al final de cada mes, informaban los casos de enfermedad ocurridos en su municipalidad. Es de notarse que el Gobierno Español, velando por la salud de nuestro pueblo, que es la ley suprema, decretó que los médicos titulares no podían ser excluídos de sus cargos, salvo por petición de ellos mismos o por la formulación de cargos probados ante autoridades superiores.

Así pues, a la Subdelegación se debe la iniciativa en la creación de los cargos de médicos titulares permanentes. Bien pronto esta Junta Administrativa se dió cuenta de las dificultades con que se confrontaba el cuerpo médico de nueva creación, dificultades que aún subsisten en nuestros días y que nuestra Asociación ha señalado conjuntamente con las pautas a seguir para corregirlas. La extensión de la jurisdicción asignada al facultativo, lo ingrato de los caminos y

el exceso de trabajo y responsabilidad, fueron causas de que las plazas no gozasen del prestigio que debían tener para que los facultativos prestasen el servicio que el público esperaba y demandaba. Esto no indicaba que la Institución fuese mala, pero sí que debía reformarse. Ocurría esto hace 80 años más o menos, v aún hoy subsisten más o menos los mismos males pero en mayor escala y podemos decir como entonces, que la Institución o Cuerpo Médico de Beneficencia en Puerto Rico es necesaria pero debe reglamentarse su funcionamiento e introducir en la práctica de la beneficencia pública las normas científicas de estos tiempos modernos para que se rinda una labor eficaz y que responda a las necesidades de nuestro pueblo enfermo.

Más tarde, en el 1855, la Subdelegación de Medicina recomendó que, en aquellas municipalidades en donde no había médicos titulares, por causa de la escasez de fondos para el pago de sus servicios, se designase uno por el gobierno superior para atención de los enfermos insolventes y se le pagase de acuerdo con los servicios rendidos basados en la tarifa de honorarios promulgada anteriormente por la Capitanía General.

Creemos de interés mencionar algunos de los acuerdos de aquella primera junta médica que contra viento y marea luchó tenazmente por poner el ejercicio de nuestra profesión sobre base científica. En las notas que hemos podido encontrar sobre las dificultades y contratiempos de aquella junta se encuentran datos confusos y contradictorios con respecto a los muchos y diferentes clases de títulos en boga para aquel entonces, y que aparecen registrados en los libros de la Subdelegación tales como Doctor en Medicina y Cirugía, Licenciado en Medicina

y Cirugía, (estos aún persisten en los países europeos) Doctor, Médico, Médicos Cirujanos, Cirujano habilitado, Cirujanos de segunda y tercera clase, Médico práctico, Cirujanos latinos, Cirujano Práctico, Médicos Castrenses, Médicos puros, Flebotamianos, Sangradores, y Oficial de Salud. Los cirujanos de segunda y tercera clase solo podían intervenir en enfermedades externas; los médicos cirujanos no sólo en éstas, sino también en las internas.

El gobierno creó muchos de estos cirujanos de segunda y tercera clase quienes pretendieron que la Subdelegación les acreditase como médicos, cuando esta junta entró en funciones por mandato real.

La Subdelegación tenía también que ver con la profesión dental, expidiendo o denegando permisos después de investigar las credenciales de los aspirantes.

De acuerdo con los libros de actas de la Subdelegación, el primer médico que presentó sus títulos (el 22 de octubre de 1841) para la debida inscripción, fué el Dr. Don José María Arroyo, de Mayaguez; sin embargo, en el libro oficial en que se registraban las licencias y que aun hoy día se usa y se conserva en la división de estadísticas del Departamento de Sanidad de Puerto Rico, aparece inscrito el Dr. Arroyo con fecha noviembre 6, 1844, habiendo varios médicos cirujanos inscritos antes que él. El primer nombre en dicho registro es el de Carlos Belin, cirujano habilitado, inscrito en marzo 22 de 1841.

Los casos de práctica ilegal de la medicina eran muchos, la lucha era constante. La primera dificultad sobrevino con el Secretario de la Junta de San Juan, don Luis Aguilera, quien solicitó voz y voto en las deliberaciones de dicho

cuerpo. Los demás miembros, todos médicos cirujanos, accedieron siempre y cuando el solicitante presentase sus credenciales de médico, pues no lo había hecho hasta entonces. El Sr. Aguilera apeló al Gobernador, pero la Junta mantuvo su fallo. Aguilera acabó por renunciar y abandonó la Subdelegación ya que, según parece, sus títulos y credenciales eran irregulares.

El primer caso de práctica ilegal que consta en los archivos, es el de Don Harvey Bascombe, quien quería practicar y practicó ilegalmente la profesión médica, comenzando en el 1845. Ostentaba un título cubano expedido como "cirujano latino." La junta le persiguió constantemente hasta el 1851. Gozaba de buena clientela en San Juan y fué el primer curandero que puso rótulo de médico frente a su casa.

La Subdelegación tenía la atribución de decidir disputas en asuntos médicos. En 1841 el Licenciado de medicina y cirugía, Don Martín Rombau se quejó de que el cirujano de tercera clase Don Pedro Cestia había tratado enfermedades fuera de sus atribuciones siendo multado por el alcalde de San Germán.

En 1845 el Gobernador General envió a la subdelegación el expediente de Don Nicolás Huertas quien solicitaba licencia para ejercer la medicina y cirugía. La Junta la deniega por no estar expedido su título por una escuela reconocida como proveía el reglamento y le obliga a someterse a exámenes.

El 9 de noviembre de 1847 el Teniente de Guerra de Yauco consultó a la subdelegación sobre si el Lcdo. Don Juan B. Moraza podía usar bastón "con empuñadura de oro, regatón de plata y borlas," decidiendo la Junta que solamente a los médicos cirujanos graduados se concedía dicha prerrogativa.

En 1848 Don Juan B. Moraza, cirujano médico práctico, es nombrado facultativo del pueblo de Rincón. La Junta acuerda que puede ejercer dicho cargo, mientras no sea el mismo solicitado por un médico graduado, cesando entonces ipso facto en el mismo.

En el 1847 los facultativos de Mayaguez, doctores Medrano, Bloch, Arroyo y otros se levantan en huelga contra el Alcalde por las exigencias de este funcionario al efecto de que el médico titular pagase su substituto cuando se ausentaba por cualquier causa justificada fundándose dicho funcionario en que en el reglamento de los médicos titulares así se disponía. La Subdelegación decidió en contra del Alcalde, autorizando a los médicos a reunirse y aprobar las disposiciones que ellos considerasen más apropiadas para bien del público.

En el caso de un curandero de Hatillo, Don Francisco Santana, la Junta acuerda allá por marzo de 1849, imponerle 50 ducados de multa por ejercer ilegalmente. "Si persiste en su empeño—dice el acuerdo—doble la multa y destierro del pueblo; y si lo hace por tercera vez 300 ducados y destierro a una prisión de Africa."

También residía en la Junta el poder para autorizar la publicación de obras médicas de índole especial o secreto, como se desprende de las solicitudes del Dr. Cayetano Cruxent y de Mr. Foote en 1847 para publicar un trabajo sobre eterización y magnetismo respectivamente, accediendo la Junta en ambos casos.

En 1847 Mr. Bach, un dentista americano, intenta practicar en la isla. La Junta lo prohibe por carecer de título y también por no hablar español. El Go-

bierno superior mantiene válida la decisión de la Junta fundándose en que el solicitante no tiene título, pero dictamina fuera de las atribuciones de la Junta lo concerniente al idioma.

El día 15 de julio de 1846 después de oir a la Subdelegación, la Capitanía General promulgó la circular número 150 "Permitiendo el ejercicio de la obstetricia a las curiosas que entonces ejercían las funciones de parteras, únicamente en partos naturales y fáciles, sin que por pretexto alguno pudiera recetar ni aún aconsejar medicamentos internos de ninguna especie, y caso de observar novedad extraordinaria, llamar sin pérdida de tiempo a un facultativo. El incumplimiento a este requisito aparejaba severa multa. Esto se hizo como medida provisional hasta tanto se cristalizase el proyecto de fundar una Cátedra de Obstetricia en la capital para el debido entrenamiento de las parteras."

En junio 22 de 1849 la Junta concede a doña Margarita Guillot, francesa, refugiada en esta isla y que poseía un diploma de partera expedido en Francia, el permiso para practicar por seis meses hasta que deposite cincuenta pesos como derechos, y pueda entonces ejercer su arte.

En el 1851, Madame Chauvier solicita licencia para venir de París a asistir eu sus partos a las pobres de solemnidad y regentear el establecimiento de una cátedra de obstetricia en San Juan. La Junta no accede, por considerar que los profesores de Medicina pueden atender debidamente a esta necesidad.

Así continuaron las cosas en lo referente a las parteras hasta el 1875, en que la Subdelegación de medicina se decidió a reglamentar el ejercicio de la tocología ya que ese delicado trabajo se estaba lle-

vando a cabo de una manera irregular e ineficiente, y determinó que una sección del Asilo de Beneficencia se dedicase a salas de obstetricia y que bajo la constante supervisión e instrucción de un médico se diera instrucción a aquellas que deseaban aprender el arte de partear.

En el año 1816 se fundó un Departamento de Instrucción Médica en el Hospital Militar de San Juan, bajo la dirección de un profesor de medicina, el Dr. José Espaillat, quien estaba a cargo de las salas de cirugía del mismo establecimiento. En el año 1845, considerando que este Departamento no era de beneficio público, se ordenó su cierre y se estableció en su lugar una escuela de médicos cirujanos prácticos, a cargo de cuatro profesores de medicina.

A la terminación del programa de estudios, éstos prácticos se presentaban a la Subdelegación de medicina y cirugía y se les daba el derecho de practicar.

La profesión de Practicantes en Puerto Rico, empezó como consecuencia de la falta de médicos, del gran número de pacientes al cuidado de éstos y de la necesidad de una persona que pudiese prestar servicios de urgencia en ausencia del facultativo.

El 29 de mayo de 1866, de acuerdo con órdenes del Gobierno español, la Subdelegación de medicina determinó expedir licencias o certificados de practicante o cirujano menor, ajustándose a ciertas limitaciones prescritas por dicho Decreto. Esto se hizo con la idea de facilitar la labor de los médicos titulares en los pueblos de la isla, dada la escasez de médicos cirujanos y las grandes distancias que estos se veían obligados a recorrer en el libre ejercicio de su profesión.

Vemos, pues, como el Gobierno español puso en manos de una junta de médicos la reglamentación pertinente para dictar las normas que habrían de regir el ejercicio de la profesión médica en Puerto Rico y la gran dosis de prudencia y visión del porvenir que tuvieron aquellos primeros pioneros de nuestra profesión al darse cuenta cabal del grave problema, latente entonces, y las medidas conducentes para su corrección. Su esfuerzo para poner bajo normas científicas nuestra profesión es digno de emularse y su obra imperecedera deberá guiarnos a través de las dificultades que se perfilan para el porvenir.

Con el cambio de soberanía varió totalmente la faz de nuestro país, ingresamos en la órbita agitada del continente americano, empezó la lucha desesperada y esforzada por la existencia. La antigua Subdelegación de medicina fué suplantada por la Junta Superior de Sanidad. cuyas atribuciones eran muy variadas. siendo entre otras las de preparar reglamentación para la admisión de facultativos al libre ejercicio de la medicina, y otras profesiones filiales, poner en vigor y velar por el cumplimiento de dichas reglas, en otras palabras, funciones más o menos similares a la de su precursora la Subdelegación de medicina.

Para esta época, la práctica de la medicina había dado un cambio enorme. Los descubrimientos de los sabios maestros Pasteur y Koch habían traído como consecuencia la implantación y desarrollo de dos ramas nuevas de la Biología; la bacteriología y la inmunología. Estas habían de revolucionar la medicina, explicando la causa y mecanismo de acción de muchas enfermedades, haciendo también cambiar radicalmenae el sistema de enseñanza en las escuelas médicas del mundo entero. Con el desarrollo seguido por la bacteriología y la inmunología, la

medicina dejó de ser un arte para pasar a ser una ciencia.

Las escuelas médicas tuvieron que atender a la creación de laboratorios, con la erogación de gastos que esto acarrea, aplicando nuevos principios científicos a la clínica, lo que trajo como resultado la fundación de hospitales y consultorios para facilitar la enseñanza práctica a los educandos. Soló las mejores universidades, las que tenían medios a su alcance, pudieron implantar estas reformas y marcharon adelante, sentando las pautas para la clasificación de las facultades médicas conforme a las nuevas demandas de la ciencia.

La Junta Superior de Sanidad fué creada según recomendación militar del día 7 de junio de 1899 y quedó definitivamente decretada su organización el día 29 del mismo mes y año, compuesta por seis médicos:

John Van R. Hoff Arthur H. Glennan F. W. E. Wieber George G. Groff Gabriel Ferrer Ricardo Hernández

En 7 de septiembre de ese mismo año, la Junta Superior de Sanidad creó una Junta Examinadora formada por tres médicos, un farmacéutico y un dentista, dándoles facultades para hacer sus reglamentos, anunciar exámenes y expedir licencias a aquellos solicitantes que demostrasen capacidad suficiente. Las licencias expedidas debían ser registradas en un libro en la Junta Superior de Sanidad. Esta Junta Examinadora quedó constituída como sigue:

Médicos:

Ricardo Hernández, de San Juan R. J. Salicrup, de Ponce. Guillermo Curbelo, de Arecibo. Dentistas:

R. M. Ponte, de San Juan. Farmacéuticos:

Domingo Peraza, de San Juan.

Se decretó asimismo, que no se permitiría la práctica de la medicina o profesiones aliadas a personas que no cumpliesen con las disposiciones del reglamento promulgado, excepto aquellas que ya estaban autorizadas por la subdelegación de medicina.

El 12 de marzo de 1903 se decretó por el Gobierno Insular de Puerto Rico una ley proveyendo para la organización de una Junta examinadora de Médicos, delineando los deberes de la misma y la forma de su constitución. Facultaba dicha Ley a la Junta así nombrada a expedir certificados o licencias a los médicos, practicantes y comadronas después de la inspección de sus títulos, y después de haber aprobado exámenes a que eran sometidos para corroborar su preparación en estas profesiones.

Se delineó específicamente por primera vez el curriculum de las asignaturas en que estos médicos habían de ser examinados, los requisitos indispensables para la aceptación de sus títulos, imponiéndose sanciones por la violación de las disposiciones de dicha ley.

Esta Junta Médica se reunió por primera vez a las nueve de la mañana del 11 de mayo de 1903 y quedó constituída como sigue:

Presidente: Dr. José E. Saldaña,

de San Juan.

Secretario: Dr. M. Quevedo Báez,

de San Juan.

Tesorero: Dr. José N. Carbonell,

de San Juan.

Vocales: Dr. Isaac González Mar-

tínez, de Mayagüez. Dr. Julio López Gastam

bide, de Arecibo.

En el 1911 nuestra legislatura enmendó la legislación al efecto, introduciendo en ella una enmienda que dió oportunidad a un sinnúmero de personas sin preparación ni conocimientos para ejercer libremente la ciencia de curar, lo cual ha traído innumerables molestias a la Junta de Médicos en el complimiento de sus deberes ministeriales e invalidó en parte toda la labor que se había hecho en el pasado. Esta disposición enmendatoria dice textualmente "que todos los que hubieren ejercido en Paerto Rico cualquiera de estas profesiones (refiriéndose a la medicina, obstetricia, optometría y osteopatía) por un período de cinco años con anterioridad a la aprobación de la presente ley, podrán continuar en el ejercicio de la misma sin que en nada les afecten las anteriores disposiciones."

Dicho se está que con ello se abrió las puertas a un número de personas que sin preparación médica alguna y sin títulos académicos, se ampararon bajo las disposiciones de la ley, y se dedicaron a ejercer la medicina en Puerto Rico,, a despecho de los esfuerzos que verificó la Junta para evitarlo.

Hasta el 1931 se hicieron enmiendas muy variadas a la ley, aumentando los requisitos indispensables para la admisión a examen, exigiendo mayores grados de escolaridad para los estudios de medicina y cirngía, clasificando, asimismo, los Colegios de Medicina de los Estados Unidos y del exterior conforme a normas más estrictas.

El 22 de Abril de 1931 nuestra legislatura aprobó la ley Núm. 22 que actualmente rige la práctica de la medicina en Puerto Rico, introduciendo las modernas exigencias en esta materia y poniendo al Tribunal Examinador de Médicos, como abora se llama, en posición de poder ayudar en el desenvolvimiento de la educación médica de nuestro pueblo, para que los que se dedican al noble ministerio de curar enfermos, veugan a nuestro país con conocimientos y preparación adecuadas, bien equipados para poder comenzar una lucha eficaz en contra de los flagelos invisibles que azotan al pueblo doliente. Por primera vez, por disposición legal, se reconoció a la clase médica de Puerto Rico el derecho que le corresponde de recomendar a los dirigentes de la Junta Médica, siendo la Asociación Médica de Puerto Rico la que recomendaba al Gobernador de esta isla los facultativos que habrían de constituir el nuevo Tribunal examinador de médicos de esta isla.

En materia de licenciatura médica ("medical licenciature") la situación de Puerto Rico puede compararse favorable mente con cualquiera de los Estados que se consideran hoy día como los más adelantados en este campo, hasta el punto de ser reconocidos nuestros licenciados en medicina por la Junta Médica del Estado de Nueva York. Nuestra ley ha sido comentada en términos laudatorios por otras Juntas Médicas.

Nuestro Tribunal forma parte de la Federación de Juntas Examinadoras de Médicos de los Estados Unidos, cuerpo que vela por que se mantengan normas estrictas que aseguren una capacitación máxima a los que se dedican a esta profesión.

Hemos visto como se ha desarrollado la ciencia médica en lo que se refiere a la práctica de la Medicina y a su reglamentación, siguiendo aproximadamente normas similares en muchos respectos a las que se emplean hoy día en el mundo entero, basadas en los mismos principios, o sea, en una educación preliminar, sólida, y una preparación académica

fundamental para empezar a ejercer y dar los primeros pasos en la carrera.

Muchos años después de haber nuestros antepasados tropezado con las dificultades que hemos enumerado, nos encontramos en pleno siglo XX, en el año de 1925 con la misma clase de inconvenientes v dificultades. Es cosa de preguntarnos ahora si iremos hacia atrás en período de retrocesión o hemos de continuar hacia adelante, mejorando las normas va establecidas para la preparación de elementos capacitados en el ejercicio de la profesión. Los médicos que constituven hov día el cuerpo facultativo profesional en Puerto Rico, son en su inmensa mayoría elementos preparados eficientemente en las aulas universitarias de América, de Europa y otros países, que tendrán necesidad de unirse para inplantar un Nuevo Trato, adoptar los unevos rumbos y delinear nuevos modos de lucha, para impedir a toda costa que aquellos que no están preparados para ello invadan este campo y violen nuestras leyes, pasando por encima de nuestras tradiciones, que nos fueron legadas por nuestros antepasados.

Es a la clase médica del presente, de nuestra isla de Puerto Rico, a quien corresponde velar por el progreso de nuestra profesión, y que no se pierda la labor fecunda de los que nos precedieron, mirando al porvenir como hicieron nuestros antecesores, para que en el futuro exista en nuestra patria una clase médica que haga honor a nuestra tierra, y que sin necesidad de influencias extrañas pueda abordar sus problemas y resolverlos en bien de la salud y felicidad de nuestro pueblo.

INFORME RENDIDO POR EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION MEDICA DE P. R., DR. E. GARCIA CABRERA, A LA CAMARA DE DELEGADOS EN SU ASAMBLEA ANUAL, CELEBRADA LOS DIAS 13, 14 y 15 DE DICIEMBRE DE 1935.

Queridos compañeros:

Cumplo el deber que como Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico me impusísteis hace un año ante esta misma mesa al investirme, sin méritos para ello, para presidir vuestra Asociación durante el año que termina hoy.

El año 1935 ha sido un año preñado de dificultades y de situaciones difíciles para la Asociación Médica de Puerto Rico. Difícil el año desde su comieuzo, dada la situación anómala en que vino a las manos de esta directiva, situación que todos vosotros conocéis y que comentaré más adelante.

Las dificultades fueron un estímulo para la lucha, lucha que quizás haya servido para enseñarnos a querer más nuestra Asociación y a arreglar nuestras diferencias en forma más fraternal.

Durante el año 1935 varios fueron los acontecimientos de gran interés científico y médico-social que merecen ser comentados en este informe que como Presidente debo presentar a ustedes.

SERVICIO MEDICO DE LA PRERA:

Al hacernos cargo de la Asociación estaba funcionando en Puerto Rico la Puerto Rico Emergency Relief Administration, habiéndose establecido por dicha corporación un servicio médico con el objeto de prestar ayuda médica en diversas formas. Una de estas formas consistió en la organización de centros médicos, el

primero de los cuales había sido establecido en el pueblo de Jaynya, donde, indudablemente, prestó valiosísimos servicios a la población pobre de aquella municipalidad. La Asociación Médica de Pnerto Rico secundó esta organización por creerla beneficiosa no solamente a la salud del pueblo, sino a los intereses de la clase médica, y recomendó el establecimiento de centros similares en otros puntos de la Isla.

Durante este año v en varias ocasiones. recomendamos a la administración de la Puerto Rico Emergency Relief Administration la conveniencia del establecimiento de un Departamento Médico que funcionara independiente de los demás departamentos de dicha corporación, pues aparentemente el trabajo médico que se venía haciendo en la PRERA estaba supeditado al Departamento de Servicio Soeial de dicha organización. Desgraciadamente la dirección de la Puerto Rico Emergency Relief Administration no sabemos por qué motivos, desatendió nuestras recomendaciones y el Departamento Médico de la PRERA en forma autónoma. como lo deseaba la clase médica de Puerto Rico, no fué organizado. La dirección de la PRERA, es nuestro entender, sieupre dió más importancia a su Departamento de Servicio Social, pretendiendo que los servicios médicos fueran siempre dirigidos o controlados por sus directores sociales.

Atendiendo a que la clase médica de

Puerto Rico estaba prestando servicios médicos sin recibir compensación alguna por los mismos en muchos pueblos donde el servicio social de la PRERA estaba funcionando, y a sugerencias del Dr. A. Fernós Isern, Presidente del Comité de Auxilio Médico de la PRERA, y de esta presidencia, se acordó tratar de conseguir en alguna forma que los médicos de Puerto Rico recibieran alguna compensación por los servicios que venían prestando.

Con fecha 18 de julio del 1935 recibimos la siguiente comunicación:

"Dr. E. García Cabrera, Pres. Asociación Médica, Santurce, P. R.

Estimado Dr. García Cabrera:

"El Comité Coordinador de Actividades Médicas, tiene bajo consideración el propósito de recomendar el establecimiento de un servicio médico de especialidades con el propósito de que la clase pobre sea atendida por él en condiciones y padecimientos que a veces escapan a la beneficencia de Puerto Rico. Antes de hacer esta recomendación a la Oficina Central, sería preciso establecer una tarifa de honorarios a fin de someterla a la Oficina Central. Hemos creído conveniente discutir esta tarifa en el Comité Coordinador con la cooperación de la Asociación Médica.

"Le ruego pues, designe un número de representantes que discuta este punto con nosotros o bien si usted lo creyere más hacedero nos envíe la recomendación de la Asociación Médica en cuanto a dicha tarifa.

Atentamente.

(Fdo.) DR. A. FERNOS ISERN, Presidente Comité Auxilio Médico.

Esa comunicación fué contestada en la siguiente forma:

12 de agosto de 1935.

"Dr. A. Fernós Isern, Presidente, Comité Auxilio Médico, PRERA, San Juan, Puerto Rico.

Mi apreciado amigo y compañero:

"En relación con su comunicación de julio 18 la Asociación Médica de Puerto Rico nombró un comité para considerar y dar el debido estudio al contenido de la misma, especialmente en relación con la tarifa que esa división médica solicita, para pagar, guiándose por la misma, servicios médicos especiales a los indigentes de Puerto Rico.

"El Comité de la Asociación Médica de Puerto Rico, de acuerdo con miembros de esa División Médica de la Administración de Emergencia acordó someter la tarifa que me complazco en adjuntarle. Dicho comité se ha constituido en sesión permanente y está a las órdenes de esa división médica en cualquier momento que Ud. solicitara sus consultas.

"Fué opinión unánime de los miembros del comité, el que ese servicio de emergencia en uingún momento contratase servicios médicos ni hospitalización con ninguna clínica ni con ningún médico en particular. El Comité decidió aconsejar que se mantuviera la libre elección del médico por el paciente y la libre elección de la clínica o el hospital por el médico y el paciente para la hospitalización de éste. Cree el comité que es ésta la única manera de hacer llegar a la clase médica de Puerto Rico alguna ayuda, a la cual es ésta merecedora por haber estado prestando abnegadamente sus servicios y su decidida cooperación a esa administración sin haber recibido compensación alguna, y especialmente de recompensar la meritísima labor de todos los médicos de la Beneficencia Municipal de Puerto Rico, quienes han estado cooperando con el Servicio Social de esa Administración de Auxilio de Emergencia en los distintos pueblos de la isla sin remuneración alguna, y a pesar de no estar recibiendo sus honorarios debido al estado económico de los municipios a que sirven.

> Atentamente suyo, E. GARCIA CABRERA, M. D. Pres. Asoc. Médica de P. R.

La tarifa a que hacemos mención en nuestra comunicación y que fué aprobada en una reunión celebrada el día 9 de agosto por un comité especial nombrado con dicho objeto, fué sometida a la dirección de la PRERA, según podemos ver por la siguiente comunicación.

19 de octubre de 1935.

"Dr. E. García Cabrera, Presidente, Asociación Médica de P. R., San Juan, P. R.

Mi estimado colega:

"Autorizado por acuerdo de hoy de este Comité y reiterando los términos de mi conversación con Ud. hace poco más de un mes y en su oficina, me permito informarle que tan pronto se consideró oportuno y pocos días después de nuestra conversación, fué sometida a la administración por el Comité Médico Coordinador que tengo el honor de presidir, la recomendación pertinente para la organización de un sistema de servicios médicos para indigentes, complementario de la Beneficencia Municipal e Insular según quedó esbozado en nuestra carta a Ud. en julio 18 ppdo.

"No habiendo recaído a esta fecha decisión definitiva por parte de las autoridades a las cuales fuera sometido este plan, no nos ha sido posible entrar a considerar al detalle la tarifa, que usted tuviera la gentileza de someter como Presidente de la Asociación Médica a este comité Coordinador, según carta del 12 de agosto de 1935, respuesta a la nuestra de julio 18 en que presentábamos el plan a su consideración y solicitábamos su colaboración; ni hemos podido inaugurarla

en conexión con el plan para el cual se destina.

"Deseo repetirle lo informado en mi entrevista celebrada con Ud. en la segunda semana de septiembre y en la cual le expliqué a Ud. la organización y atribuciones del Comité Coordinador de Actividades Médicas. Tomada la iniciativa antes mencionada, para lo cual se recabó el beneplácito de la Asociación Médica de Puerto Rico, vese este organismo en el caso de esperar ahora la resolución efectiva de las autoridades administrativas a quienes está reservada la potestad de aprobar o no el plan sometido antes de que podamos seguir adelante en su desenvolvimiento.

"Puedo agregarle aliora que por acuerdo del Comité Coordinador se celebró en la mañana de hoy una entrevista con el Sr. Bourne para conocer la situación de los Proyectos médicos sometidos. Estaban presentes cuatro miembros de este Comité. (Mrs. Zeno, Dr. Silva, Dr. Ramírez Santos y el suscribiente.) Bourne nos autorizó informar que la resolución sobre estos Provectos había de esperar el tiempo necesario hasta él conocer si podría disponerse de fondos adi cionales para actividades de la PRERA. Para tal caso el Sr. Bourne nos aseguró su propósito de aumentar las asignaciones para Provectos médicos.

Este comité lamenta pues informar que sobre estos Proyectos habrá necesidad de esperar por tiempo indefinado todo lo cual me permito comunicar a Ud. para su mejor gobierno.

Suyo afectísimo,
(Fdo.) DR. A. FERNOS ISERN,
Pres. Comité Coordinador
de Actividades Médicas.

Por los documentos antes mencionados esta Cámara podrá darse cuenta del resultado de nuestras actividades ante las autoridades directivas de la PRERA. No pareció en ningún momento, que hubiera un ambiente favorable al desarrollo de un plan médico dentro de la PRERA, ambiente que quisieron desarrollar los mé-

dicos que en una u otra forma tuvieron alguna intervención dentro de la organización, pero cuyos esfuerzos se estrellaron en ambiciones desmedidas de directores superiores a ellos.

PUERTO RICO RECONSTRUCTION ADMINISTRATION:

Al ser definitivamente aprobadas en el Congreso de los Estados Unidos las asignaciones para socorro de emergencia y ser designada una parte para la rehabilitación de Puerto Rico, la Asociación Médica, con fecha 26 de marzo, envió al Presidente de los Estados Unidos el siguiente cable:

"Hon. Franklin D. Roosevelt, Washington, D. C.

"Asociación Médica de Puerto Rico se complace en felicitar a S. E. y Administración por triunfo obteniendo asignación para socorro de emergencia y respetuosamente pide se asigne cantidad suficiente en planes de rehabilitación Isla extendiendo servicios médicos y estableciendo hospitales e instituciones similares para atender al 75% de nuestra población, cuva salud, de otro modo, dependería de la atención médica inadecuada que pudieran ofrecerle nuestros ya económicamente sobrecargados gobiernos Insular y Municipal, en tanto rehabilitación económica completa permita gobierno local asumir entera responsabilidad. Asociación ofrece su cooperación y ayuda en aspectos médicos de planes.'

DR. E. GARCIA CABRERA, Presidente.

También se envió en la misma fecha al Dr. Carlos E. Chardón el cable que transcribimos a continuación:

Hon. Carlos E. Chardón, Du Pont Circle Apts., Washington, D. C.

"Hemos remitido al Presidente Roosevelt el siguiente mensaje: "Asociación

Médica de Puerto Rico se complace en felicitar a S. E. y administración por triunfo obteniendo asignación para socorro de emergencia y respetuosamente pide se asigne cantidad suficiente en planes de rehabilitación Isla extendiendo servicios médicos y estableciendo hospitales e instituciones similares para atender al 75% de nuestra población, cuya salud, de otro modo, dependería de la atención médica inadecuada que pudieran ofrecerle nuestros va económicamente sobrecargados gobiernos Insular y Municipal, en tauto rehabilitación económica completa permita gobierno local asumir entera responsabilidad. Asociación ofrece su cooperación y ayuda en aspectos médicos de planes." Le suplicamos su ayuda para que sean extendidos los servicios médicos a través del plan de rehabilitación."

DR. E. GARCIA CABRERA, Presidente.

Al llegar a Puerto Rico los señores directores del plan de rehabilitación, Ia Asociación Médica de Puerto Rico visitó en sus oficinas en la Biblioteca Carnegie. al Dr. Gruening y al Dr. Chardón, presentando sus respetos, poniéndose a su disposición y ofreciendo toda su cooperación en el estudio de los problemas médicos con que pudiera confrontarse la Administración y su ayuda en la solución de los mismos. Subsiguiente a esta primer conferencia, esta presidencia celebró con el Dr. Gruening y con el Dr. Chardón dos conferencias más con el objeto de enterarse e informar a la clase médica de los planes médicos de la PRRA. La información obtenida entonces fué de que la PRRA solamente pensaba establecer servicios médicos en los campamentos que con fines agrícolas estaban en el programa de rehabilitación.

Con fecha 19 de septiembre del 1935 una comisión compuesta por los doctores Rafael Bernabe, Eurípides Silva, A. Oliveras y esta presidencia visitó al Dr. Chardón con el objeto de enterarse y discutir con él sobre la organización médica que habría de ser establecida dentro del Plan de Rehabilitación. En dicha entrevista los comisionados expusieron al Dr. Chardón sus deseos de conocer con toda amplitud los propósitos del Plan de Rehabilitación en relación con los servicios médicos que habrían de organizarse por ellos en Puerto Rico. El distinguido Administrador Regional de la PRRA dijo al comité, que la Asociación Médica de Puerto Rico sería oída en todo momento por ellos y pidió se le sometiera un memorandum sobre los distintos puntos que fueron discutidos en dicha entrevista.

Deseo hacer especial mención hacia el énfasis dado por este comité a la necesidad de la creación dentro del Plan de un Departamento Médico, con su jefe médico, que funcionara independiente de los demás departamentos, desde luego, en armonía con todos los servicios relacionados que pudieran existir en el Plan, y especialmente dejamos sentir al Sr. Administrador nuestros deseos de que en ningún momento los servicios médicos del Plan estuvieran dirigidos o controlados por un Departamento de Servicio Social.

El comité informó en una reunión celebrada en la uoche del mismo día de la entrevista con Chardón, en cuya reunión se tomó la siguiente resolución, la cual fné remitida al Administrador Regional de la PRRA acompañada de la siguiente carta, que también transcribimos:

20 de septiembre de 1935.

Dr. Carlos E. Chardón, Administrador Regional de la PRRA. San Juan, Puerto Rico.

Apreciado Sr. Chardón:

La Directiva de la Asociación Médica

de Puerto Rico se reunió en la noche de ayer y consideró la conversación tenida por la comisión de la misma que tuvo el honor de entrevistar a usted en la mañana del día 19, y después de haberse impuesto debidamente de los pormenores de la entrevista, y considerada la petición que hiciera usted a dicha comisión, de que le fuera envíada un memorandum relacionado con los puntos que se trataron en dicha entrevista, acordó preferiblemente, enviar a usted la resolución que me honro en acompañar a esta carta.

Respetnosamente suyo, E. GARCIA CABRERA, M. D. Pres. Asoc. Médica de P. R.

RESOLUCION

PRIMERO: La Asociación Médica de Puerto Rico, conocedora de los problemas médicos existentes actualmente en Puerto Rico, y atendiendo a la naturaleza de los mismos, mantiene que, cualquier servicio médico que haya de ser implantado por el Plan de Reconstrucción debe tener en su dirección a un médico de reconocida experiencia y debidamente autorizado para ejercer la profesión en Puerto Rico.

SEGUNDO: Que cualquier servicio médico que sea organizado por el Plan de Reconstrucción debe formar un departamento independiente y autónomo en relación con los servicios que ha de prestar, y responsable al Organismo Superior Director del Plan de Reconstrucción.

TERCERO: La Asociación Médica de Puerto Rico cree que en la misma forma que el Plan de Reconstrucción ha establecido otros departamentos en relación con los distintos trabajos que ha de llevar a cabo en Pnerto Rico. debe establecer y organizar un Departamento Médico para prestar dentro del Plan todas las atenciones y servicios médicos, así como otros servicios similares relacionados con el Departamento Médico que pudieran surgir durante el desarrollo del mismo.

CUARTO: Y finalmente, entiende la Asociación Médica de Puerto Rico, que la mejor forma en que la clase médica del país puede prestar su mayor coopera-

ción, leal y efectiva, al Plan de Reconstrucción, es estableciendo el Departamento Médico que la Asociación Médica de Puerto Rico propone y espera que se establezca.

San Juan, P. R., a 19 de septiembre de 1935.

Conocida es de todos ustedes la carta circular que con fecha 23 de octubre fué enviada a los médicos de Puerto Rico por el Sr. Louis Breslow, Auditor-in-Charge de la Puerto Rico Reconstruction Administration. Dicha carta fué contestada por esta presidencia en la signiente forma:

Octubre 24, 1935.

Sr. Louis Breslow,Auditor-in-Charge,P. R. Reconstruction Administration.San Juan, Puerto Rico.

Muy señor mío:

Acuso recibo de su carta circular fechada octubre 23, en relación con los servicios de un número de médicos en todos los pueblos de Puerto Rico para prestar atención médica y quirúrgica a los empleados de la Puerto Rico Reconstruction Administration que puedan ser lesionados en el desempeño de los deberes oficiales de sus cargos.

La Asociación Médica de Puerto Rico ha ofrecido al señor Director y al señor Administrador de la PRRA su cooperación y ayuda en relación con los problemas médicos y servicios médicos que esa Administración pudiera desear estudiar y llevar a cabo en Puerto Rico, y desea en esta ocasión reiterar dicha oferta en relación con los servicios que usted desea organizar en beneficio de los empleados de la Puerto Rico Reconstruction Administration.

La Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico se reunirá el próximo domingo día 27, a las 10:00 de la mañana, en el pueblo de Vega Baja para tratar varios problemas relacionados con esa organización, y por la presente se complace en extender a usted como lo ha hecho con el Sr. Administrador Regional de la PRRA, una invitación para concurrir a dicha reunión y exponernos su programa. Su carta circular de octubre 23 será tomada en consideración por la Cámara de Delegados.

Atentamente suyo,

E. GARCIA CABRERA, M. D. Pres. Asoc. Médica de P. R.

A la reunión de la Cámara de Delegados celebrada en el pueblo de Vega Baja el día 27 de octubre concurrió el Sr Breslow, quien expuso a la Cámara de Delegados el alcance de su carta y oyó la opinión de los miembros de la Cámara de Delegados allí reunida.

La Cámara de Delegados tomó la siguiente resolución en dicha fecha:

"Que el asunto de honorarios médicos, la carta que envió el Sr. Breslow y la tarifa que informó la Asociación Médica a la PRERA, sean estudiadas y un resumen enviado a la Administración de la PRRA en relación con los trabajos médicos que ellos desean hacer, y que se extienda esta misma tarifa, que incluye servicios médicos, a la parte de compensaciones, de acuerdo con el pago de compensaciones."

Esta presidencia nombró un comité especial compuesto por la Directiva, Consejo y los siguientes comités permanentes de la Asociación: Comité de Beneficencia, Comité de Rehabilitación, Comité de Salnd Pública, Comité de Medicina y Cirugía Industrial y Comité de Legislación y Política. Este comité especial celebró una reunión en la noche del primero de noviembre y acordó dirigirse al Sr. Breslow, lo que se hizo con fecha noviembre 6 con la siguiente carta:

Mr. Louis Breslow, Auditor-in-Charge, PRRA, San Juan, P. R.

Dear Sir:

The House of Delegates of the Puerto Rico Medical Association assigned a committee composed of the following permanent committees of the association to consider and give an answer to your circular letter of October 23rd, ult. in relation to services of a number of physicians in all the towns of Puerto Rico to furnish medical and surgical attention to employees of the Puerto Rico Reconstruction Administration who may be injured while engaged in the performance of their official duty. Said committees were the Committee on Public Charity, Committee on Industrial Medicine and Surgery, Committee on Legislation and Politics, Committee on Public Health, Rehabilitation Committe and the Board of Directors of the Association. This committee met on the first of November, and after due consideration, the following resolution was taken:

"To offer the Puerto Rico Reconstruction Administration, through Mr. Louis Breslow, surgical and medical attention to employees of the PRRA who may be injured while engaged in the performance of their official duty as follows:

\$1.00 for first treatment 0.50 for each subsequent treatment,

the physicians to provide the necessary medical supplies that may be needed for the treatment of simple cases, and to be reimbursed for any additional medical supplies, been understood that this only refers to minor injuries to be treated at the doctor's office or hospital dispensaries, and been further understood that the administration is to supply biological products as needed.

The committee also considered and dis-

cussed schedule of prices to be paid for hospitalization and other surgical or medical services in cases of injuries or diseases requiring hospitalization. It was accorded to request of you to send us the schedule of prices for medical and surgical services and hospitalization actually in force by the Federal Compensation Commission in the continent, for the purpose of further consideration in relation with your request.

I beg to remain, Sir,

Yours very truly,
E. GARCIA CABRERA, M. D.

Pres. P. R. Medical Assn.

Esta carta fué contestada por el Sr. Breslow con fecha 8 de noviembre en la forma siguiente:

Mr. E. García Cabrera, President Asociación Médica de Puerto Rico, Ave. Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, P. R.

Dear Sir:

We wish to acknowledge receipt of your letter dated November 6th, with reference to our circular letter of October 23, 1935. We note the resolution that was adapted by the Asociación Médica de Puerto Rico. We shall advise you in regard to the rates that you submitted at a later date.

In your letter you requested that we send you a schedule of prices for medical, surgical services, the hospitalization schedule in force in the United States and acceptable to the United States Compensation Commission. We however wish that you would let us know what rates you expect to receive for various kinds and types of treatment.

Please let us have this information at once, so that we can agree upon a schedule of prices, and put this work in operation at once.

Yours very truly, (Sgnd.) LOUIS BRESLOW, Auditor-in-Charge.

El comité especial a que hicimos referencia anteriormente, entendiendo en este asunto, acordó definitivamente someter al Sr. Breslow una tarifa especial por la que debían ser pagados los servicios médico-quirúrgicos, de laboratorio y rayos X, y otras especialidades, que fueran solicitadas por la Puerto Rico Relief Administration. Dicha tarifa es más o menos la misma que fué enviada a la PRE-RA, a excepción de que ésta fué reducida para comprender solamente aquellos servicios que pueden ser necesitados por motivos de accidentes del trabajo.

Tal es la situación, queridos compañeros, en nuestras relaciones con la Puerto Rico Relief Administration.

CONGRESO MEDICO PANAMERICANO:

Este año los médicos de Puerto Rico tuvimos nuevamente el honor y el placer de recibir a la Asociación Médica Panamericana en su congreso flotante del 1935. Distinguidos hombres de ciencia de Norte, Centro y Sur América vinieron a nuestra Isla formando parte del Congreso y visitaron nuestras instituciones médicas, quedando todos, según opiniones emitidas por ellos en el banquete celebrado a bordo del trasatlántico en que hacían su viaje, muy bien impresionados del progreso médico-científico en Puerto Rico.

La Asociación Médica de Puerto Rico debe, como lo ha hecho en años anteriores, ejercer toda su influencia y ofrecer la cooperación más decidida, para que futuros congresos de la Asociación Médica Panamericana visiten a Puerto Rico, estrechando de esa manera los lazos de unión científica entre las Américas y nuestra Isla y pudiendo exponer de esa manera nuestro ferviente amor por nuestra profesión.

LEY DE BENEFICENCIA:

En la sesión legislativa ordinaria del presente año fué presentado un provecto de Ley reorganizando la Beneficencia Municipal, proyecto que fué estudiado detenidamente por la Asociación Médica de Puerto Rico, habiéndose sometido al Hon. Gobernador y a la Legislatura de Puerto Rico varios memoriales y estudios sobre el mismo, en los cuales se recomendaba la no aprobación de dicho proyecto de ley por creer la Asociación Médica de Puerto Rico que el mismo no resolvía el problema de los servicios de beneficencia en Puerto Rico. Dicho provecto de ley, aprobado que fuera por la Legislatura Insular, no fué firmado por el Gobernador de Puerto Rico, sin duda alguna por las argumentaciones claras y estudios concienzudos que sobre el mismo presentara la Asociación Médica de Puerto Rico.

Subsiguientemente, en una sesión extraordinaria de nuestra Legislatura fué presentado un proyecto de Ley de beneficencia titulado: "Ley de Beneficencia Hospitalaria Pública," el cual fué aprobado por la Legislatura y firmado por el Gobernador de Puerto Rico, y al cual la Asociación Médica de Puerto Rico no presentó objeciones por considerar que el mismo involucraba las recomendaciones que en años anteriores y especialmente en este año, había hecho la Asociación Médica de Puerto Rico en relación con los problemas de la beneficencia municipal.

Deseamos llamar la atención específicamente hacia el hecho de que la Ley Núm. 29, organizando la Beneficencia Hospitalaria Pública en Puerto Rico, crea una Junta de técnicos para dirigir y administrar el sistema de beneficencia. Esta recomendación fué hecha por la Asociación Médica de Puerto Rico en su memorandum presentado al Gobernador

Winship con fecha 17 de marzo de 1935, y en cuyo apartado séptimo decíamos: "Se aboga igualmente y una vez más, por la aprobación de una ley que autorice la creación de una Junta Insular de Beueficencia para administrar los fondos insulares de beneficencia que pueda arbitrar el Gobierno Insular, organismo que debe tener carácter técnico y funcionar libre de preocupaciones y limitaciones de índole política."

También deseamos llamar la atención a esta Cámara de Delegados hacia el hecho de que esta ley autoriza la creación de cuatro hospitales de distrito en cuatro zonas llamadas distritos de beneficencia, recomendación que fnera hecha también en años anteriores y que repetimos en más de una ocasión en los varios informes y memoranda que sometiéramos al gobernador en relación con la beneficencia municipal.

También crea la ley una contribución hospitalaria, o sea el hospital tax, que habrá de empezar a cobrarse el primero de julio de 1940. Repetidas veces, durante años anteriores y nuevamente en este año, la Asociación Médica de Puerto Rico predicó la necesidad de establecer una contribución especial dedicada a beneficencia, tal como se viene haciendo hace tiempo para con nuestro sistema de instrucción pública.

La aprobación de la Ley organizando la Beneficencia Hospitalaria Pública en Puerto Rico es pues, un triunfo de la Asociación Médica de Puerto Rico, que ve cristalizada en dicha Ley sus aspiraciones. Si es cierto que la ley tiene defectos y no parece, como dijo un connotado compañero nuestro, ni muy mala ni muy buena, la Asociación debe desear que tenga éxito; pero también, como dijo el mismo compañero, "no desmayar en su

propósito de que la cuestión fundamental de la beneficencia sea atendida debidamente, sabiamente, plenamente, definitivamente," y luchar por que las deficiencias que existen en dicha ley sean corregidas según la experiencia nos lo dicte.

En relación con esta Ley esta presidencia se dirigió al Honorable Gobernador de Puerto Rico recomendando candidatos para formar parte de la Junta Territorial de Beneficencia, según queda creada por dicha Ley.

NUEVA LEY DEL SEGURO DEL ESTADO:

El primero de julio de este año empezó a funcionar una nueva ley de seguro de obreros, conocida como Ley del Fondo del Seguro del Estado. Los pocos meses que hace viene funcionando la nueva administración han demostrado que se van llenando las finalidades y objetivos de la Ley, y esperamos que los servicios que la clase médica de Puerto Rico preste a la actual organización del Fondo del Seguro del Estado tengan todo el éxito deseable, tanto para la Administración como para la clase médica. Lo hecho hasta hoy parece ir teniendo un franco éxito,

TRIBUNAL EXAMINADOR DE MEDICOS:

En el mes de septiembre del año en curso vencieron los términos de varios de los compañeros médicos miembros del Tribunal Examinador de Médicos, y la Asociación Médica de Puerto Rico recomendó la renominación de los distinguidos compañeros Quiñones Jiménez, Barreras y Domínguez, cuyos términos habían expirado. Subsiguiente a esta recomendación de la Asociación Médica, el Dr. Quiñones Jiménez, Presidente del

Tribunal, presentó su renuncia de dicho cargo, la que le fué aceptada por el Gobernador, quedando dicho puesto vacante y siendo recomendados para cubrirlo los compañeros Bernabe, Belaval y Caballero. Hasta hoy el Gobernador de Puerto Rico no ha nombrado al compañero que habrá de sustituir al Dr. Quiñones Jiménez.

Debo expresar que las relaciones existentes entre el Tribunal Examinador de Médicos y esta Asociación han sido de franca y decidida cooperación en relación con los problemas de la práctica de la medicina en Puerto Rico. Existen, sin embargo, dificultades, que consideramos deficiencias de la Lev que creó el Tribunal v que no da a éste suficiente autoridad para la solución final de los casos de práctica ilegal de la medicina en Puerto Rico. Tiene el Tribunal que depender de las actuaciones del Departamento de Justicia, y éste, francamente debemos confesarlo, no aparece dando toda la cooperación que el problema se merece.

ASAMBLEAS DE DISTRITO:

Desde que tomamos posesión de esta presidencia fué nuestro objetivo principal el levantar el entusiasmo científico en nuestra profesión, y gracias a la decidida cooperación de las directivas de las asociaciones de distrito y de algunos miembros del Comité Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico se celebraron seis interesantísimas sesiones científicas en las asambleas de distrito celebradas durante este año. Todas y cada una de ellas fueron un exponente de investigación y de la árdua labor médica que está llevando a cabo la profesión en Puerto Rico. Fueron leídos en las asambleas de distrito trabajos originales de patología y clínica de medicina tropical que serán clásicos en nuestra literatura médica.

La concurrencia a las asambleas de distrito, decimos con gran orgullo, que sobrepasó a la de los últimos años.

Esta presidencia desea expresar aquí su agradecimiento a los miembros de las directivas de los varios distritos componentes de la Asociación Médica de Puerto Rico por su entusiasta labor en la organización de las asambleas científicas y también por los agradables y lucidos actos sociales con que supieron obsequiar a los compañeros concurrentes a las asambleas.

MIEMBROS FENECIDOS:

La Asociación Médica de Puerto Rico sufrió este año la desgracia de perder a varios connotados compañeros y miembros entusiastas de ella. De inolvidable recuerdo son los queridos compañeros doctores Gutiérrez Igaravídez, Pereira Leal, González y Amadeo. Todos, hombres de gran valer en nuestra profesión, ejemplares luminosos, no solamente en el campo de las ciencias, sino en nuestra vida social y cívica.

La muerte de nuestro distinguido expresidente, Dr. Pedro Gutiérrez Igaravídez, constituye una pérdida inmensa para la Asociación. A él siempre fuímos en busca de sus aquilatados consejos, que siempre sabía pesar no sólo en su gran experiencia sino en el inmenso corazón y en el amor que siempre tuvo por nuestra Asociación.

NUEVO REGLAMENTO:

Esta Cámara de Delegados tiene ante su consideración el reglamento que fué considerado en la sesión regular ordinaria el año pasado y estudiado y modificado en la sesión extraordinaria de la Cámara celebrada el 21 de julio de este año y finalmente remitido a esta Cámara para su aprobación.

Deseo informar que este reglamento, de acuerdo con disposiciones de la Cámara de Delegados anterior, debe empezar a regir para el año 1936.

HOMENAJE AL DR. FRANCISCO DEL VALLE ATILES:

A iniciativa de la Sesión de Ciencias del Ateneo Pnertorriqueño dicho centro cultural celebró una velada en la cual fué instalado un retrato del ilustre compañero fenecido, ex-presidente de esta Asociación y ex-presidente también del Ateneo Pnertorriqueño, Dr. Francisco del Valle Atiles.

A este acto cooperó la Asociación Médica de Puerto Rico y cúpome el honor de representarla, dirigiéndome a la concurrencia presente allí aquella noche en honor del Dr. del Valle.

SEGURO MEDICO:

Al hacernos cargo de esta presidencia era nuestro ideal conseguir un seguro colectivo para los médicos asociados. Nos dirigimos a varias compañías aseguradoras en el continente y hemos sostenido correspondencia con ellas, así como con sus representantes en Puerto Rico. Las condiciones exigidas por las compañías aseguradoras para hacer el seguro médico fueron tales que imposibilitaron el conseguir nuestro objetivo.

Recomendamos enfáticamente a esta Cámara de Delegados tome acción o haga algo en el sentido de conseguir un seguro para los médicos asociados.

Queridos compañeros: El año que ter-

mina hoy, como dije al empezar esta breve información, ha sido un año muy difícil para esta presidencia. Permitaseme que exprese ante ustedes después de la lucha. mis íntimos sentimientos, hijos de la experiencia dura, de una batalla dada tanto con el corazón como con la cabeza. Fué difícil el año, y consistió la dificultad en conseguir mantener dentro de la asociaeión aquella rigidez de línea que corresponde a una clase de profesionales de la altura cultural de la nuestra. Un año, repito, preñado de todas las complicaciones posibles, intrinsecas y extrinsecas, que en más de una ocasión pretendieron destrozar la mole granítica de nuestras aspiraciones: situaciones médicosociales, médico-administrativas, creadas por nuestras condiciones económicas o por nuestras condiciones sociales, y otras veces por nuestras condiciones políticas, que las más de las veces pudieron ser resneltas satisfactoriamente, fueron complicadas por el cálculo mezquino del utilitarismo o de la conveniencia de grupos egoístas e intransigentes.

Estas luchas intestinas están fuera de lugar en el seno de nuestra asociación. La triste situación en que se encuentra hoy la clase médica de Puerto Rico; la condición de hermanos separados debe desaparecer a todo trance. Permítaseme que haga esta recomendación desde lo más hondo de mi corazón a mis queridos compañeros aquí presentes. Si yo no he tenido la suerte, a pesar de mis esfuerzos, que muchos han sido los que he hecho en este sentido durante este año de mi presidencia; si yo no he tenido la suerte de haber podido borrar diferencias fraternales, tenerla vosotros, y que Dios os ilumine para ello.

E. GARCIA CABRERA, M. D. Pres. Asoc. Médica de P. R.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19. Santurce, Puerto Rico.

Año XXVII

Diciembre, 1935

Núm 12

JUNTA EDITORA

Editor en Jefe:

Dr. P. Morales Otero

Co-Editor y Administrador: Dr. Ramón Lavandero

Editores Asociados:

Dr. Ramón M. Suárez Dr. J. Rodríguez Pastor Dr. Juan A. Pons

EDITORIAL

Insertamos en este número del Boletín el informe anual rendido a la Cámara de Delegados por nuestro ex-presidente, Dr. E. García Cabrera, en su sesión celebrada el día 13 del presente mes. Refleja él las inquietudes propias del momento que vivimos y nos dice mucho de las experiencias de un año de presidencia. Su lectura nos invita a reflexionar con calma sobre los problemas médico-sociales del país.

La Asociación Médica de Puerto Rico debe afrontar cualquier asunto de índole médico que se desarrolle en nuestro ambiente; tiene derecho a intervenir directamente, ya marcando pautas a seguir, ya aconsejando o fiscalizando toda actividad que ataña al ejercicio de nuestra profesión; y sus directores están obligados a usar procedimientos claros, precisos y firmes al encauzar la solución de cualquier problema médico-social que se presente.

V son muchos los que esperan remedios salvadores. La beneficencia municipal, la hospitalización de enfermos, la mendicidad, la asistencia a crónicos, seniles y dementes ambulantes, el aislamiento de contagiosos y el tratamiento a tiempo de cancerosos son unos pocos de los problemas de salud pública, que más que estudio, lo que piden es buena voluntad para resolverlos. Esta Asociación no puede pararse con los brazos cruzados a la vera del camino a contemplar el trágico desfile de tanto mal que cuando no pueda evitarse a lo menos debe mitigarse.

A. O. G.

ASAMBLEA ANUAL DEL 1935

Durante los días 13, 14 y 15 del presente mes se celebró la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Gracias a la labor desplegada por el entusiasta y dinámico presidente del Comité Científico de la Asociación, Dr. O. Costa Mandry, el programa que rigió dicho acto resultó ser uno de los más interesantes de los últimos años por su variedad y su aspecto puramente científico. Colaboraron en el mismo, además de un gran número de distinguidos compañeros de la Isla, varios destacados profesores del Continente.

Nuestros Huéspedes de Honor:

Por primera vez en la historia de nuestra asociación, hemos sido honrados este año con la visita del ilustre presidente de la Asociación Médica Americana, Dr. James S. McLester.

Correspondiendo a la invitación que hiciera nuestra directiva a la Asociación Médica Americana para que enviaran un representante a la asamblea del presente aŭo, la Junta de Directores tuvo a bien designar al Dr. McLester, quien se trasladó por la ruta aérea a nuestra Isla. Momeutos después de su llegada a ésta asistía el Dr. McLester a una recepción que en su honor daba el presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dr. E. García Cabrera, y a la cual concurrió un gran contingente de los médicos de la Isla, así como destacadas personalidades del Gobierno Insular, entre las cuales se encontraba el Hon. Gobernador de Puerto Rico.

El Dr. McLester tomó parte activa cu nuestra asamblea: asistió a la primera sesión de la Cámara de Delegados, a la cual dirigió breves palabras; pronunció un hermoso discurso en la sesión inaugural de la asamblea y presentó un interesante trabajo científico relacionado con su especialidad en las clínicas celebradas en la Escuela de Medicina Tropical.

También tuvimos entre nosotros durante los días que duró la asamblea al Dr. A. C. Morgan, Profesor Emérito de Medicina Clínica en la Universidad de Temple, en Filadelfia, quien cooperó brillantemente al éxito de nuestra sesión científica, habiendo dado tres interesantísimas conferencias sobre temas de gran importancia para nuestra profesión.

Fueron también unestros huéspedes de honor durante la celebración de la asamblea anual los doctores David Seegal, Profesor Auxiliar de Patología Médica en el Departamento de Medicina del Colegio de Médicos y Cirujanos de la ciudad de Nueva York, Raymond J. Lutz, Gastroenterólogo del St. Elizabeth Hospital de Nueva York, y Ralph Moolten, Profesor de Cirugía Clínica de la Escuela Postgraduada de Nueva York, Universidad de Columbia, quienes cooperaron con sus

magníficas aportaciones científicas al éxito de la asamblea.

También tuvimos el honor de tener entre nosotros al distinguido Cauciller de la Universidad de Puerto Rico, Hou. Carlos E. Chardón, quieu tomó parte en el programa inaugural de la Asamblea.

A todos descamos expresarles por medio de estas líneas nuestro profundo agradecimiento por su desinteresada cooperación, y esperamos que en futuras ocasiones nos vuelvan a honrar con sus valiosas contribuciones.

Escuela de Medicina Tropical y Hospitales Municipales de la Capital:

Al igual que en nuestras anteriores asambleas, este año se celebraron clínicas en la Escuela de Medicina Tropical y en los Hospitales Municipales de la Capital, las cuales fueron un exponente de la clase de trabajo que se viene realizando en dichas instituciones.

Por las innumerables cortesías que recibieron los concurrentes a estos actos y por la franca cooperación que en todo momento ha recibido nuestra Asociación de ambas instituciones, deseamos expresar nuestro agradecimiento a los directores y miembros de las facultades de la Escuela y los Hospitales Municipales de la Capital.

Funcionarios para el 1936:

En la sesión celebrada por la Cámara de Delegados el 14 de diciembre fueron electos los siguientes compañeros para regir los destinos de la Asociación durante el año 1936:

Dr. Manuel Pavía Fernández—Presidente.

Dr. Jesús M. Armáiz—Vice-Presidente. Dr. Eurípides Silva—Secretario (reelecto.)

Dr. A. Oliveras Guerra—Tesorero (reelecto.)

Dr. E. García Cabrera—Consejero.

Los doctores Pablo Morales Otero y Rafael Bernabe seguirán prestando sus servicios como consejeros hasta que expire el término por el cual fueron elegidos.

Dr. Ramón M. Suárez—Delegado a la A. M. A.

Exhibiciones de Casas Comerciales:

Durante la celebración de la asamblea había en nuestro edificio exhibiciones de productos de las siguientes firmas comerciales:

Abbott Laboratories.
Albert E. Lee & Son, Inc.
Cole Chemical Company.
Glefina y Lasa.
E. R. Squibb.
Fr. Schomburg & Co., S. en C.
The Hospital Supply ('o.
Llompart Brothers & Co., Inc.
The Proprietary Agencies.

Los médicos asistentes a la asamblea fueron cortésmente atendidos por los distintos representantes de las casas comerciales autes mencionadas.

LA REDACCION.

INDICE

1935

107

1	N	O	2	7
6 B		•	~	•

Balasquide, L. A.,

Belaval. José S.,

Bonelli, Pablo,

Rico

Nos. 1 Pág. No. Pág. Address to the Members of the Pan-Broncoscospia y la Esofagoscopia. American Medical Congress, in San Indicaciones de la, Dr. I. H. Font 180 Juan, Puerto Rico, on July 29, Cáncer en Puerto Rico, Breves Con-1935, An, Dr. R. López Nussa----207 sideraciones acerca del Problema Annual Report of the Biological del, Dr. Jorge del Toro 3 Laboratory of the Health Depart-Cáncer del Estómago, Dr. M. Díaz ment of Puerto Rico - Fiscal García Year 1934-35, O. Costa Mandry, Cáncer en Ginecología, Dr. R. Ló-M. D. .____ 250 pez Nussa 12 Asamblea Anual del 1935.... 12 311 Carrión, Arturo L., Bacilo de la Tuberculosis, El, Dr. El Granuloma Inguinal en Puerto 145 O. Costa Mandry Rico - Informe Preliminar 14 Clase Médica y los Planes Rehabi-Un importante Sindrome Obstélitadores, La, Dr. R. Lavandero... 156 2 53 trico Colorado, Antonio J. y R. Lavan-Un nuevo Diámetro Obstétrico__ 213 dero. El método Natural del Control de Consideraciones generales sobre la la Natalidad 273 práctica de la medicina y relacio-Consideraciones generales sobre la nes de mútua cooperación que depráctica de la medicina y relacioben existir entre el cirujano, el esnes de mútua cooperación que pecialista v el internista .____ 45 deben existir entre el cirujano, el La práctica de la Obstetricia coespecialista y el internista, Dr. mo Especialidad 191 José S. Belaval 45 Beneficencia Hospitalaria Pública, Control de la Natalidad, El Méto-201 Lev de do Natural del, Antonio J. Colora-Beneficencia Municipal en los munido v R. Lavandero_____ 273 cipios de segunda y tercera clase Costa Mandry, O., en P. R., presentado en la Cáma-Annual Report of the Biological ra de Representantes por los doc-Laboratory of the Health Departtores Figueroa, Herrero y Villament of Puerto Rico-Fiscal Year mil, Proyecto de Ley reorganizan-1934-35 10 250 60 do la El Bacilo de la Tuberculosis..... 145 Beneficencia Municipal, Memorial de Evolución del Bjercicio de la Profela Asociación Médica de Puerto sión Médica en Puerto Rico..... 289 3 71 Deformed Nose, Plastic Reconstruc-Rico en relación con la Biological Laboratory of the Health tion of the, Keith Kahn, M. D.... Department of Puerto Rico -Diámetro Obstétrico, Un nuevo, Dr. Fiscal Year 1934-35, Annual Re-L. A. Balasquide 213 port of the, Dr. O. Costa Mandry 250 Díaz García, M., Cáncer del Estómago Observaciones sobre los últimos Difteria entre un grupo de niños de brotes de Influenza en Puerto 2 a 5 años de edad, La, Nota Pre-

liminar, Dr. A. Fernós Isern.....

	No.	Pág.		No.	Pág.
Editorial	1	24	Interpretaciones electrocardiográfi-		
"	2	36	cas de ciertas condiciones patoló-		
"	3	84	gicas del Miocardio, Dr. A. Fernós		
"	4	111	Isern	5	113
"	5	134	Introducción	3	59
"	6	165	Kahn, Keith.		
"	7	189	Plastic Reconstruction of the De-		
"	8	209	formed Nose	11	283
"	9	237	Lavandero, Ramón,		
)	10	271	La Clase Médica y los Planes Re-		
"	12	311	habilitadores	6	156
Estudios Hematológicos de algunas			Lepra en Puerto Rico, La, Josefa	Ü	100
enfermedades tropicales; su com-			Velázquez Maceo, B. S., M. S.	8	199
paración con casos normales, con			Ley de Beneficencia Hospitalaria		100
utilización del hematócrito de			Pública	8	204
Wintrobe, Dres. Ramón M. Suárez			López Nussa, R.,		
y O. Costa Mandry	2	27	An Address to the Members of the		
Fernández, Luis J. y Ricardo F.			Pan-American Medical Congress, in		
Fernández.			San Juan, Puerto Rico, on July		
Apuntes de Oftalmología para el			29, 1935	8	207
Médico General	4	96			
Fernós Isern, A.,		30	Cáncer en Ginecología	1	12
Interpretaciones electrocardiográfi-			The Philosophy of Malignancy	1	1
cas de ciertas condiciones patoló-			Memorandum submitted to His Ex-		
gicas del Miocardio	5	113	cellency the Governor of Puerto		
	•	110	Rico by the Puerto Rico Medical		
La Difteria entre un grupo de ni- nos de 2 a 5 años de edad — Nota			Association in relation to House		
	0	197	Bill No. 337, presented by Doctors Figueroa, Herrero and Villamil	9	90
Preliminar	8	194		3	80
			Memoria del Director de la Escuela		
Indicaciones de la Broncoscopia y	~	180	de Medicina Tropical de la Uni-		
la Esofagoscopia	7	100	versidad de Puerto Rico bajo los		
Granuloma Inguinal en Puerto Rico			Auspicios de la Universidad de		
- Informe Preliminar, Dr. Arturo		1.6	Columbia, en el Curso Académico		010
L. Carrión		14	de 1934-35		218
Hematological Studies in Sprue, Ra-		000	Miocardio, Interpretaciones electro-		
món M. Suárez, M. D.	10	239	cardiográficas de ciertas condicio-		
Hypocromic Mycrocytic Anemia,			nes patológicas del, Dr. A. Fernós		110
Comparative therapeutic effect of			Isern	5	113
different hematinics in, Dr. Ra-			Morales Otero, P.,		
món M. Suárez	7	167	La Vacunación contra la Tubercu- losis	C	197
In Memoriam (Editorial)	5	134		. 0	137
Influenza en Puerto Rico, Observa-			Natalidad, El Método Natral del		
ciones sobre los últimos brotes de,			Control de la, Antonio J. Colorado		250
Dr. Pablo Bonelli	1	107	y R. Lavandero		273
Informe rendido por el presidente de			Obito (Editorial)		111
la Asociación Médica de Puerto			Obstetricia como Especialidad, La		
Rico, Dr. E. García Cabrera, a la			práctica de la, Dr. José S. Bela-		
Cámara de Delegados en su Asam			val	. 8	191
blea Anual, celebrada los días 13			Obstétrico, Un nuevo Diámetro, Dr.		
14 v 15 de diciembre de 1935		300	L. A. Balasquide	9	213

	No.	Pág.		No.	Pág.
Oftalmología para el Médico Gene-			different hematinics in hypocromic		
ral, Apuntes de, Dres. Luis J. Fer-			microcytic anemia	7	167
nández y Ricardo F. Fernández	4	96	Hematological Studies in Sprue	10	239
Philosophy of Malignancy, The, Dr.			Suárez, Ramón M. y O. Costa		
R. López Nussa	1	1	Mandry,		
Planes Rehabilitadores, La Clase			Estudios Hematológicos de algu-		
Médica y los, Dr. R. Lavandero	6	156	nas enfermedades tropicales; su		
Plastic Reconstruction of the De-			comparación con casos normales,		
formed Nose, Keith Kahn, M. D.	11	283	con utilización del hematócrito de		
Política y Profesión (Editorial)	6	165	Wintrobe	2	27
Proyecto de Lev reorganizando la			Toro, Jorge del,		
Beneficencia Municipal en los mu-			Breves consideraciones acerca del		
nicipios de segunda y tercera clase			Problema del Cáncer en Puerto		
en P. R., presentado en la Cá-			Rico	1	6
mara de Representantes por los			Tribunal Examinador de Médicos		
doctores Figueroa, Herrero y Vi-			de Puerto Rico, El (Editorial)	10	271
llamil	3	60	Tuberculosis, El Bacilo de la, Dr. O.		
Restricción voluntaria de la Natali-			Costa Mandry	6	147
dad ante las Leyes, La, Anthony			Tuberculosis, La Vacunación contra		
M. Turano	5	123	la, Dr. P. Morales Otero	6	137
Rivero Alberto,			Tumores Malignos en Puerto Rico,		
Notas Preliminares sobre la fre-			Notas Preliminares sobre la fre-		
cuencia de los Tumores Malignos			cuencia de los, Dr. Alberto Rivero	4	89
en Puerto Rico	4	89	Turano, Anthony M.,		
Síndrome Obstétrico, Un importan-			La restricción voluntaria de la		
te, L. A. Balasquide, M. D	2	53	Natalidad ante las leyes	5	123
Sprue, Hematological Studies in, Dr.			Vacunación contra la Tuberculosis,		
Ramón M. Suárez	10	239	La, Dr. P. Morales Otero	6	13
Suárez, Ramón M.,			Velázquez Maceo, Josefa,		
Comparative therapeutic effect of			La Lepra en Puerto Rico	8	19

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100 c. c. de GLEFINA contienen:

Blefinol	0,125	grs
Extracto de malta	16,000	-,,
Hipof. de manganeso	0,036	22
" ' calcio		
" " quinina		,,
" " estricnina		"
" " potasio		11
arabe de cacao	-,	21
Ext. fluído de naranjas amargas		9.7
V. c. s. para 100 cc. de producto	2,000	
. c. s. para 100 cc. de producto		

DOSIS

Niños: de 3 a 5 años, de dos a tres cucharadas de las de café al día; de 5 a 10 años, de dos a cuatro cucharadas de las de postre al día; de 10 a 15 años, de dos a tres cucharadas grandes al día. Adultos: de tres a cuatro cucharadas grandes al día. (Salvo indicación facultativa.)

GLEFINA debe tomarse antes de las comidas.

LASA

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

FORMULA

300 c. c. de LASA contienen:

Ortogua	yacolsulfonato	potásico	5	gramos
Jarabe o	le brea		40	c. c.
Jarabe s	avia de pino		50	"
Jarabe t	oálsamo tolú		60	29
Glefina			150	11

DOSIS

NIÑOS: 3 a 5 años, 2 a 3 cucharadas de las de café al día; 5 a 10 años, 2 a 4 cucharadas de las de postre al día; 10 a 15 años, 2 a 3 cucharadas grandes al día.

ADULTOS: 3 a 4 cucharadas grandes al día. (Salvo indicación facultativa.)

Andromachus Corporation Long Island City—New York, ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle Tanca No. 8
Box 1018, San Juan, P. R.

A Specific in Infant Feeding DEXTROSOL

(DEXTROSE)

To correct deficient starch digestion you may prescribe Dextrosol in infant feeding with complete confidence. Dextrosol is pharmaceutically pure dextrose, the ultimate sugar in metabolism.

Dextrose is unequalled for infants, since it is completely predigested carbohydrate and is absorbed much more rapidly than lactose (milk sugar) or ordinary sugar. The physician usually prescribes a formula of cow's milk, boiled water and Dextrosol, in quantities which vary depending on the weight of the infant.

This diet is especially effective in building up illnourished and feeble infants. The normal child, as well, is benefitted by this readily assimilated diet supplement.

ORADULTS

DEXTROSOL is also prescribed to correct such conditions as carbohydrate depletion, malnutrition or hepatic disfunction. It is administered orally or intravenously, depending upon the circumstances. Send for authoritative booklet, "Remedial Uses of

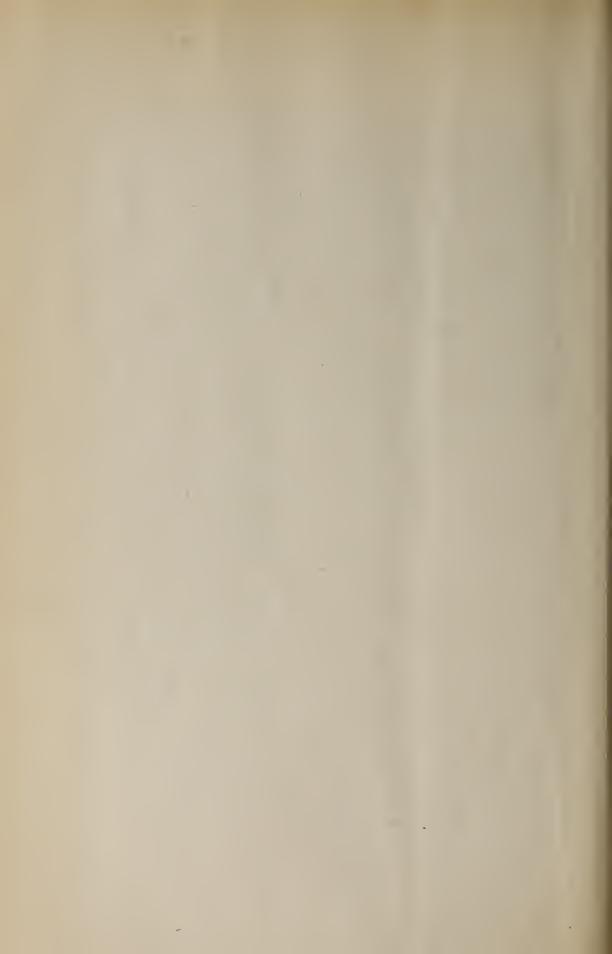


for authoritative booklet, "Remedial Uses of Dextrose," and physician's free sample of Dextrosol.

CORN PRODUCTS REFINING CO.

L. MARTINEZ OCHOA, Agent.

Box 143, Ponce Box 768, San Juan.





UN SEGURO CONTROL DE LA FIEBRE

En afecciones de los órganos respiratorios — resfrios pectorales, influenza, etc. — es posible controlar la temperatura excesiva y aliviar la congestión por medio de la aplicación topical de un emplasto de

NUMOTIZINE

Su base de caolina permite que los antipiréticos y analgésicos ingredientes de gran valor — guayacol y creosota — sean absorbidos lenta pero bien definidamente, a través de la piel.

Numotizine tiene la gran ventaja sobre los medicamentos administrados por la vía oral, de evitar toda posibilidad de desarreglos intestinales.

Muestras y literatura son distribuídas gratuitamente a los micmbros de la profesión médica.

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin St.

Chicago, U.S.A.

Robert & Santini, Distribuidores

Ave. Ponce de León San Juan, P. R.



MERTHIOLATE LILLY

0

Con toda probabilidad, los germicidas se usan en todos los ramos de la Medicina con mayor generalidad que ninguna otra clase de agentes terapéuticos. Las preparaciones de Merthiolate Lilly llenan todos los requisitos del germicida eficaz. 🔀 La Solución, Tintura, Ungüento, Jalea, Crema, Supositorios, y Ungüento Oftálmico, pueden obtenerse por conducto de su abastecedor de efectos médicos.



ELI LILLY AND COMPANY

Indianapolis, Indiana, E. U. A.

FABRICANTES DE PRODUCTOS MEDICINALES DESDE 1876

